



**Universidade Nova de Lisboa**

**Escola Nacional de Saúde Pública**

**Fatores que condicionam a retenção nos cuidados de saúde  
das pessoas com infeção por VIH: revisão sistemática da  
literatura**

X Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

2014/2016

**Ana Rita Nero Luís**

**Lisboa, 7 de dezembro de 2016**





**Universidade Nova de Lisboa**

**Escola Nacional de Saúde Pública**

**Fatores que condicionam a retenção nos cuidados de saúde  
das pessoas com infeção por VIH: revisão sistemática da  
literatura**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde, realizada sob a orientação científica da Prof.<sup>a</sup>

Dr.<sup>a</sup> Ana Escoval e da Dr.<sup>a</sup> Rute Ribeiro

**Lisboa, 7 de dezembro de 2016**

A Escola Nacional de Saúde Pública não se responsabiliza pelas opiniões expressas nesta publicação, as quais são da exclusiva responsabilidade do seu autor.

## **Agradecimentos**

Um projeto de investigação pode ter apenas um autor, mas nunca é construído com os contributos apenas do próprio. Pode implicar um trabalho solitário, mas é sempre povoado pelas experiências vividas em conjunto.

Assim, de forma não exaustiva, gostaria de agradecer:

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Escoval pelos contributos sábios e pertinentes que permitiram em cada momento uma perspetiva mais completa do trabalho em desenvolvimento.

À Dr.<sup>a</sup> Rute Ribeiro pela paciência infinita, pela força constante, pelo apoio incansável, pela orientação indispensável desde o primeiro ao último momento, sem os quais todo este esforço não teria alcançado o seu fim.

Ao Dr. Kamal Mansinho (CHLO-HEM), ao Dr. António Diniz (DGS), à Dr.<sup>a</sup> Ana Fonte (ACSS), à Dr.<sup>a</sup> Ana Cláudia Miranda (CHLO-HEM) pela disponibilidade demonstrada e pelos importantes contributos para o começo desta fase de investigação.

Aos meus colegas do X Curso de Mestrado em Gestão da Saúde, em especial às pessoas com as quais se aliou a parceria no trabalho ao desenvolvimento de uma amizade, pelo apoio nos bons e maus momentos, pelo crescimento mútuo, e pela partilha das dificuldades, das forças e das conquistas.

À minha família, pelo tempo que tiveram que dispensar em alturas tão difíceis em que não pude dar tudo de mim, nem estar tão presente como deveria. Que todo este esforço não tenha sido em vão e possa trazer os frutos para os quais foi plantado todo este projeto de crescimento académico e toda a entrega nestes últimos dois anos.

O meu Muito Obrigado a todos os que contribuíram e partilharam comigo este caminho.

## Resumo

Introdução: A infecção por VIH continua a ter uma prevalência e incidência elevadas em todo o mundo. Para se conseguirem melhores resultados em saúde e garantir a supressão virológica, é essencial que as pessoas infetadas mantenham uma vigilância periódica e permanente nos cuidados de saúde, desde o momento do seu diagnóstico.

Objetivos: Identificar os fatores que condicionam positiva e negativamente a retenção nos cuidados de saúde das pessoas com infecção por VIH.

Metodologia: Realizou-se uma revisão sistemática da literatura com resultados nas bases de dados *B-On*, *PubMed*, *ScienceDirect* e Google Académico. Selecionaram-se os artigos publicados entre 2011 e 2016, com metodologia observacional, realizados em países desenvolvidos e que analisaram os fatores que condicionam a retenção nos cuidados de saúde das pessoas adultas com infecção diagnosticada por VIH.

Resultados: Doze artigos cumpriram os critérios de inclusão, todos estudos de coorte. De acordo com os resultados estatisticamente significativos dos estudos analisados, identificaram-se como fatores mais associados à retenção nos cuidados de saúde o sexo masculino, as idades mais velhas, a etnia caucasiana, os homens que têm sexo com homens ou o tratamento com TARc. A não retenção nos cuidados de saúde apresentou maior associação com o sexo feminino, idades mais jovens, etnia negra e categorias de transmissão heterossexual ou pela injeção intravenosa de drogas.

Discussão/Conclusões: Existe alguma consistência na evidência científica de que determinadas características demográficas, sociais e clínicas influenciem a retenção nos cuidados de saúde, permitindo-se assim determinar grupos de risco e diferenciar a prestação de cuidados de saúde para prevenir perdas de acompanhamento.

Palavras-Chave: *infecção por VIH; retenção nos cuidados de saúde; continuum dos cuidados para a infecção por VIH; fatores condicionantes*

## **Abstract**

Introduction: HIV infection continues to have high prevalence and incidence worldwide. In order to achieve better health outcomes and to ensure viral suppression, it is essential to maintain periodic and permanent health surveillance of infected persons, since their diagnosis.

Objectives: To identify which factors affect positively and negatively retention in care for HIV infected people.

Methods: A systematic review was conducted obtaining results in the *B-On*, *PubMed*, *ScienceDirect* and Google Scholar databases. The selected articles were published between 2011 and 2016, had observational methodology, were conducted in developed countries and analyzed the factors conditioning retention in care in the diagnosed HIV infected adult population.

Results: Twelve articles met the inclusion criteria, all cohort studies. According to the statistically significant results of the studies analyzed, the factors generally associated with retention in care were male sex, older ages, white ethnicity, men who have sex with men or treatment with cART. Non-retention in health care showed primarily an association with female sex, younger ages, black ethnicity and heterosexual or intravenous injection of drugs as transmission risk factors.

Discussion/Conclusions: There is some consistency in the scientific evidence that certain demographic, social, and clinical characteristics influence retention in health care, thus allowing to identify risk groups and to differentiate care delivery to prevent losses to follow-up.

Key-Words: *HIV infection; retention in care; HIV care continuum; HIV treatment cascade; conditioning factors*

## Índice

Lista de Quadros .....	x
Lista de Figuras .....	xi
Lista de Abreviaturas .....	xii
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	7
2.1. Revisão bibliográfica.....	7
2.1.1. Epidemiologia da infeção por VIH.....	8
2.1.1.1. No mundo.....	8
2.1.1.2. Na europa.....	8
2.1.1.3. Em Portugal.....	9
2.1.2. Acompanhamento das pessoas com infeção por VIH no Serviço Nacional de Saúde .....	11
2.1.2.1. Acompanhamento clínico, laboratorial e terapêutico.....	12
2.1.2.2. O sistema de informação para a infeção VIH/SIDA (SI.VIDA).....	13
2.1.2.3. O programa de financiamento por doente tratado.....	15
2.1.3. As metas globais da ONUSIDA 90-90-90 .....	17
2.1.4. Cuidados às pessoas com doença crónica.....	19
2.1.5. <i>Continuum</i> dos cuidados para a infeção por VIH ( <i>HIV Care Continuum</i> ).....	22
2.1.5.1. Retenção nos cuidados de saúde.....	25
2.2. Questão de investigação e objetivos .....	28
2.2.1. Questão de investigação .....	30
2.2.2. Objetivo geral .....	30
2.2.3. Objetivos específicos.....	30
3. METODOLOGIA.....	31
3.1. Critérios de elegibilidade e de exclusão.....	32
3.1.1. População .....	32
3.1.2. Intervenção.....	33



3.1.3.	Comparador .....	34
3.1.4.	Resultados .....	34
3.1.5.	Desenho do estudo.....	35
3.1.6.	Outros critérios .....	36
3.2.	Estratégia de pesquisa .....	37
3.3.	Estratégia de análise dos artigos .....	41
3.4.	Limitações metodológicas.....	42
3.5.	Considerações éticas .....	43
4.	RESULTADOS .....	45
4.1.	Características gerais dos estudos .....	45
4.2.	Características metodológicas dos estudos.....	46
4.3.	Descrição dos resultados dos estudos.....	51
4.3.1.	Fatores demográficos .....	52
4.3.2.	Fatores clínicos associados à infecção por VIH.....	54
4.3.3.	Outros fatores clínicos .....	56
4.3.4.	Fatores sociais .....	58
4.3.5.	Outros fatores.....	59
5.	DISCUSSÃO .....	61
5.1.	Limitações .....	72
5.2.	Recomendações.....	74
6.	CONCLUSÕES.....	77
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
	ANEXOS.....	91
	ANEXO A: Modelo do quadro de extração de dados .....	93
	ANEXO B: Características identificadoras dos estudos analisados.....	95
	ANEXO C: Características metodológicas dos estudos analisados .....	97
	ANEXO D: Descrição dos resultados dos estudos analisados .....	101

## Lista de Quadros

<b>Quadro 1:</b> Distribuição dos casos de infeção por VIH na União Europeia, por ano de diagnóstico, sexo e categoria de transmissão (2011-2015).....	9
<b>Quadro 2:</b> Distribuição do número de novos casos de infeção por VIH em Portugal nos adultos, por ano de diagnóstico, sexo e categoria de transmissão (2011-2015) ..	10
<b>Quadro 3:</b> Distribuição dos casos de infeção por VIH registados no SI.VIDA, por ano de diagnóstico, sexo e categoria de transmissão – novos casos e total de inscritos (2014) .....	14
<b>Quadro 4:</b> Valores mensais definidos para o financiamento do acompanhamento ambulatorio das pessoas com infeção por VIH, para os hospitais do SNS (2007-2016) .....	16
<b>Quadro 5:</b> Cumprimento das metas globais da ONUSIDA 90-90-90 para diferentes países .....	17
<b>Quadro 6:</b> Percentagem de pessoas com infeção por VIH nas diferentes etapas do modelo do <i>continuum</i> dos cuidados para a infeção por VIH em diferentes países. ....	24
<b>Quadro 7:</b> Características gerais das populações que compõem os estudos em análise (n=12) .....	47
<b>Quadro 8:</b> Dimensão da amostra e percentagem de retenção nos cuidados de saúde (n=12) .....	51

## Lista de Figuras

<b>Figura 1:</b> Modelo dos cuidados à pessoa com doença crónica ( <i>The Chronic Care Model</i> ).....	21
<b>Figura 2:</b> Modelo concetual de gestão integrada da doença .....	22
<b>Figura 3:</b> O modelo do <i>continuum</i> dos cuidados para a infeção por VIH.....	23
<b>Figura 4:</b> Perspetiva socioecológica do processo de vinculação aos cuidados de saúde.....	27
<b>Figura 5:</b> Fluxograma de informação das diferentes etapas da revisão sistemática da literatura.....	41
<b>Figura 6:</b> Distribuição do conjunto dos artigos pelo respetivo país de realização (n=12) .....	46
<b>Figura 7:</b> Período máximo e mínimo de acompanhamento de cada caso clínico (n=10) .....	49
<b>Figura 8:</b> Associação entre a idade e a retenção nos cuidados de saúde (n=11).....	52
<b>Figura 9:</b> Associação entre o sexo e a retenção nos cuidados de saúde (n=9).....	53
<b>Figura 10:</b> Associação entre a etnia e a retenção nos cuidados de saúde (n=7).....	53
<b>Figura 11:</b> Associação entre a escolaridade e a retenção nos cuidados de saúde (n=3) .....	54
<b>Figura 12:</b> Associação entre a categoria de transmissão e a retenção nos cuidados de saúde (n=8) .....	55
<b>Figura 13:</b> Associação entre valores laboratoriais e a retenção nos cuidados de saúde (n=9) .....	55
<b>Figura 14:</b> Associação entre tratamento com TARc e a retenção nos cuidados de saúde (n=9) .....	56
<b>Figura 15:</b> Associação entre a utilização dos cuidados e a retenção nos cuidados de saúde.....	57
<b>Figura 16:</b> Associação entre comorbilidades e a retenção nos cuidados de saúde....	57
<b>Figura 17:</b> Associação entre fatores sociais e a retenção nos cuidados de saúde .....	58

## **Lista de Abreviaturas**

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARN – Ácido ribonucleico

DALY – Disability-adjusted life years

DGS – Direção-Geral da Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

EUA – Estados Unidos da América

HSH – Homens que têm relações Sexuais com Homens

LTFU – *Loss/Lost to follow up*

MeSH – Medical Subject Headings

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONUSIDA – Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

PrEP – Profilaxia Pré-Exposição

RNHR VIH – Rede Nacional Hospitalar de Referência para a infeção por VIH

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SI.VIDA – Sistema de Informação para a infeção VIH/SIDA

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TARc – Terapêutica Antirretrovírica Combinada

UDI – Utilizadores de Drogas Injetadas

VHC – Vírus da Hepatite C

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

## 1. INTRODUÇÃO

A infeção por Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) surge como um importante problema de saúde pública devido à sua elevada prevalência mundial e nacional, bem como ao não controlado número de novos casos anuais, especialmente em áreas geográficas e subgrupos da população com menor acesso e relação com os cuidados de saúde, dificultando a capacidade de gestão da doença.

Portugal ainda apresenta um número de novos casos de infeção por VIH consistentemente acima da média da União Europeia, sendo um dos países europeus com maior número de novos casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) anuais (ECDC, 2016). As especificidades desta doença a nível nacional refletem-se igualmente numa proporção mais elevada da infeção por VIH-2 em relação aos outros países europeus e numa maior proporção de transmissão da infeção pelo contacto heterossexual em relação à transmissão pela via homossexual.

Desde o início desta pandemia que foram sendo desenvolvidos a nível nacional diversos esforços com vista à identificação dos casos de infeção e das estratégias mais adequadas para o controlo da progressão da doença. Especialmente ao longo da última década têm sido definidas diversas políticas de saúde que valorizam a importância social e económica da infeção por VIH. Para além de ser um dos Programas de Saúde Prioritários da Direção-Geral da Saúde (DGS), com a criação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção por VIH/SIDA, tem havido um importante esforço no sentido de normalizar as orientações clínicas relativamente à prescrição da terapêutica antirretrovírica combinada (TARc), como a recente inclusão das recomendações internacionais para o alargamento do tratamento com TARc a todas as pessoas com infeção por VIH, independentemente dos valores laboratoriais de linfócitos T CD4<sup>+</sup>. Foi também desenvolvida e implementada uma metodologia de contratualização hospitalar diferenciada para os cuidados de saúde ambulatoriais especializados para a infeção por VIH e, mais recentemente, um sistema de informação em saúde focado na agregação de toda a informação clínica referente a esta população, com uma função epidemiológica, mas também de apoio ao processo de contratualização com as instituições de saúde.

Através da análise dos objetivos em saúde definidos globalmente para as pessoas com infeção por VIH, como as metas 90-90-90 da *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (ONUSIDA), em que se determina alcançar até 2020 90% de diagnóstico de todas as pessoas com infeção por VIH, 90% de tratamento com TARc

de todas as pessoas diagnosticadas, e 90% de supressão virológica sustentada em todas as pessoas sob tratamento (UNAIDS, 2014), é possível identificar as áreas de acompanhamento desta população que apresentam maiores limitações e necessitam de um maior investimento em saúde.

Nos últimos anos, conseguiram-se importantes avanços científicos, tecnológicos e terapêuticos que permitiram uma superior capacidade de diagnosticar a doença mais precocemente e controlar mais eficazmente a sua disseminação e progressão. Principalmente devido ao advento dos novos medicamentos antirretrovirais de elevada eficácia, atualmente a infeção por VIH pode ser considerada uma doença crónica para todas as pessoas com acesso à terapêutica (Deeks, Lewin e Havlir, 2013). Assim, aumentou-se a sobrevivência das pessoas com infeção por VIH e diminuiu-se a morbilidade associada à doença, nomeadamente a progressão para SIDA.

Desta forma, surgem novos desafios para os sistemas de saúde, devido à exigência de recursos diferenciados para dar resposta às novas necessidades desta população, com vista a garantir o seu bem-estar, a sua qualidade de vida e o alcançar da supressão virológica. As pessoas com infeção por VIH terão de ser capacitadas para gerir as consequências de um tratamento a longo prazo, com os respetivos efeitos secundários associados à terapêutica, e a ação do próprio vírus a nível sistémico. Por seu turno, os serviços de saúde terão de acomodar um sistema de acompanhamento e vigilância mais complexo que o dos cuidados prestados a situações agudas, através de uma perspetiva multidisciplinar e multidimensional, quer para os novos casos diagnosticados, quer para todos os casos antigos, que manterão a necessidade de um acesso contínuo a cuidados de saúde.

Através do modelo do *continuum* dos cuidados para a infeção por VIH é possível individualizar as diferentes etapas do acompanhamento clínico das pessoas infetadas, ao longo do seu processo de saúde/doença, sobretudo nos cuidados de saúde ambulatoriais. Estas etapas compreendem o diagnóstico da infeção, a ligação aos cuidados de saúde, a retenção nos cuidados de saúde, o tratamento com TARc e a supressão virológica. Todas são importantes para se conseguirem os máximos benefícios do tratamento disponível, pessoal e coletivamente. A sua individualização evidencia, no entanto, o facto de cada etapa ser influenciada e afetada por fatores diferentes (Ulett *et al.*, 2009), favorecendo-se uma análise distinta de cada uma para uma melhor compreensão do fenómeno global.

É através da etapa da retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais que se garante o acesso às condições essenciais para que as pessoas consigam gerir a sua

doença e o seu tratamento, sendo uma etapa crucial para a maximização dos resultados de saúde desta população (Mugavero *et al.*, 2010). Com uma retenção eficiente e efetiva consegue monitorizar-se a evolução da doença, determinar as capacidades e competências das pessoas infetadas para a gestão do seu processo de saúde, avaliar a introdução e a resposta ao tratamento com TARc e acompanhar a concretização do objetivo da supressão virológica.

Uma das maiores dificuldades na utilização do modelo do *continuum* dos cuidados para a infeção por VIH deve-se à falta de uniformização nas definições das diferentes etapas que o compõem, das medidas utilizadas para as determinar e das unidades de medida usadas para as calcular (Medland *et al.*, 2015; ECDC, 2015). No mesmo sentido, como a etapa da retenção nos cuidados de saúde implica um acompanhamento a longo prazo das pessoas com infeção por VIH (Mugavero *et al.*, 2010), exige igualmente um período de análise alargado para se obter uma visão mais completa de todo o seu processo de desenvolvimento. Em geral, a retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados para a infeção por VIH pode ser definida como a confirmação de contacto entre a pessoa com infeção e um prestador de cuidados de saúde especializado para esta doença, considerando-se a sua frequência como a medicamente necessária (Rowan *et al.*, 2014).

As diferenças na forma de determinação desses contactos ou da sua frequência podem dever-se sobretudo aos meios disponíveis para a sua medição e às respetivas orientações nacionais. Definições e medidas distintas podem ser utilizadas consoante os objetivos da análise pretendida (Mugavero *et al.*, 2012b), mas torna todo o processo de comparação de estudos que se foquem nesta temática mais desafiante.

Existem diversos estudos, incluindo revisões da literatura, que avaliam a implementação de intervenções promotoras da retenção das pessoas infetadas nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados para a infeção por VIH. No entanto, a sua execução está condicionada aos recursos financeiros, humanos e materiais existentes em cada contexto de prestação de cuidados, bem como à adequada identificação da população que com elas beneficiariam.

Por não se ter tido acesso a dados nacionais ou a dados relativos a um local de prestação de cuidados ambulatoriais especializados a esta população a nível nacional, considerou-se que a forma mais pertinente de se obter informações que pudessem ser transpostas para a realidade portuguesa seria através de uma pesquisa bibliográfica segundo critérios definidos e rigorosos de seleção de artigos, empregando uma metodologia de revisão sistemática da literatura.

As revisões sistemáticas da literatura permitem sumarizar, de uma forma metódica e explícita, a evidência científica produzida relativamente a um determinado campo de investigação e assim identificar as áreas de interesse onde se devem investir os recursos disponíveis. Através desta metodologia, consegue-se obter resultados mais fiáveis que permitem apoiar e desenvolver decisões clínicas (Higgins e Green, 2011; Liberati *et al.*, 2009) que melhorem a prestação de cuidados de saúde.

Neste sentido, pretendeu-se investigar a existência e o impacto dos fatores que condicionam a retenção das pessoas infetadas nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados para a infeção por VIH. Identificados esses fatores, poder-se-á apoiar a necessidade de uma análise dos dados nacionais referentes a esta temática e, deste modo, suportar a definição de estratégias de gestão em saúde que modelem o seu efeito. Com a informação recolhida neste projeto poder-se-á determinar alguns grupos de maior risco de perda de acompanhamento e diferenciar a periodicidade e a multidisciplinariedade da prestação de cuidados de saúde, incluindo o seu financiamento, por forma a garantir a concretização dos objetivos de saúde propostos para as pessoas com infeção por VIH.

Para apoiar e facilitar a compreensão dos diferentes passos em que consistiu este projeto de investigação, dividiu-se este documento em capítulos.

No primeiro capítulo, intitulado enquadramento teórico, apresenta-se uma breve revisão epidemiológica sobre a infeção por VIH globalmente, a nível europeu e a nível nacional. Seguidamente, definem-se os principais conceitos e modelos subjacentes à temática em estudo neste projeto, nomeadamente o *continuum* dos cuidados para a infeção por VIH, onde se insere a etapa da retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais. No final do capítulo, explicita-se a questão de investigação, bem como os objetivos que nortearam o desenvolvimento deste trabalho.

No capítulo da metodologia, expõem-se as principais características e propósitos das revisões sistemáticas da literatura. São especificadas as diferentes etapas e decisões tomadas na definição dos critérios de elegibilidade e de exclusão e é descrita a estratégia de pesquisa e de análise dos artigos que foi realizada. São ainda realçadas as principais limitações metodológicas identificadas e as considerações éticas tidas em apreciação.

O capítulo dos resultados encontra-se subdividido em termos das características gerais dos estudos selecionados, das suas estratégias metodológicas e dos resultados significativos obtidos por cada um.

No capítulo da discussão, analisam-se os resultados obtidos, confrontando-os



com evidências científicas anteriores, e tentando estabelecer um paralelismo com a realidade nacional. São também apresentadas as limitações identificadas no processo de investigação realizado, bem como algumas sugestões para projetos de investigação futura que possam continuar e complementar o trabalho desenvolvido neste documento.

Termina-se o corpo do trabalho com algumas considerações finais que tentam resumir a importância deste projeto e o seu contributo para o campo de investigação em análise.

Em complementaridade, apresentam-se as referências bibliográficas citadas ao longo de todo o documento, seguindo as normas portuguesas NP 405-1 e NP 405-4, como preconizado pela Escola Nacional de Saúde Pública, e em anexo são apresentados os quadros com o resumo dos dados recolhidos nos artigos analisados para possibilitar a sua análise em maior profundidade.



## **2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Com vista à sustentação teórica da temática desenvolvida neste projeto de investigação, no presente capítulo evidenciam-se os principais conceitos associados à organização e gestão da prestação de cuidados de saúde às pessoas com infeção por VIH. Pretende-se apresentar uma visão geral sobre esta doença, desde o seu impacto epidemiológico até às necessidades específicas desta população e na sociedade em que se inserem.

É dada especial atenção ao modelo do *continuum* dos cuidados para a infeção por VIH, dado que define as diferentes etapas do acompanhamento clínico destas pessoas desde o momento do seu diagnóstico. Dentro deste, destaca-se sobretudo a retenção nos cuidados de saúde, devido à sua importância para o controlo e gestão da doença, quer para as pessoas infetadas, quer para os sistemas de saúde que as enquadram.

No final do capítulo, delimita-se a questão de investigação e os objetivos que nortearam o processo de investigação desenvolvido.

### **2.1. Revisão bibliográfica**

Para se poder planear em saúde, é preciso conhecer uma dada situação o mais possível, através da adequada recolha e análise dos dados em saúde disponíveis e da identificação de todas as dimensões que compõem o problema.

A prevalência e os novos casos de infeção por VIH fazem com que esta doença tenha um forte impacto social e seja um importante problema de saúde pública. A necessidade de um acompanhamento frequente e de tratamento contínuo das pessoas infetadas torna-a uma doença com um peso relevante sobre os sistemas de saúde. Como doença crónica, com elevada prevalência na população ativa, aliada a uma elevada morbilidade e a mortalidade precoce, representa um ónus económico importante para a sociedade.

Ao longo do desenvolvimento deste capítulo, pretendeu-se selecionar a evidência científica mais recente, realçando os estudos realizados em contexto epidemiológico e socioeconómico mais próximo do nacional, para que se possa enquadrar a pertinência dos dados apresentados com a realidade portuguesa.

### **2.1.1. Epidemiologia da infecção por VIH**

#### **2.1.1.1. No mundo**

Globalmente têm-se realizado grandes esforços para o controlo da pandemia de VIH, tendo-se conseguido um decréscimo nos novos casos anuais (menos 35%) e de mortes associadas à SIDA (cerca de 28%) entre 2000 e 2015 (WHO, 2016d). Ainda assim, em 2015, surgiram 2,1 milhões de novos casos de infecção, aumentando a sua prevalência para cerca de 36,7 milhões de pessoas em todo o mundo (WHO, 2016d).

A sua distribuição geográfica não é uniforme, correspondendo à África Subsaariana cerca de 70% da prevalência e do número de novos casos em 2015 em todo o mundo (WHO, 2016b; WHO, 2016d). No mesmo ano, estimava-se que globalmente cerca de 0,8% de todos os adultos com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos estivessem infetados por VIH, sendo na África Subsaariana esse valor de 4,4% (WHO, 2016b).

Para além da geografia, a infecção por VIH não afeta a população de igual forma, havendo uma prevalência de cinco a 49 vezes superior nos utilizadores de drogas injetadas (UDI), trabalhadores do sexo, homens que têm relações sexuais com homens (HSH) e transgéneros (UNAIDS, 2016).

Apesar de, em junho de 2016, 18,2 milhões de pessoas com infecção por VIH estarem já sob tratamento com TARc (UNAIDS, 2016), crê-se que apenas 54% de todas as pessoas infetadas tenham conhecimento do seu diagnóstico (WHO, 2016d).

Nos Estados Unidos da América (EUA), o cenário é igualmente preocupante. Em 2014, foram diagnosticadas 39.877 pessoas com infecção (13,8 por 100.000 habitantes) e 19.045 pessoas com SIDA, sendo a prevalência em 2013 de 930.102 pessoas (295,1 por 100.000 habitantes). Os homens representam 75% da prevalência e 81% dos novos casos diagnosticados. Em 67% dos casos nos homens, a categoria de transmissão foi a dos HSH, sendo que nas mulheres prevalece o contacto heterossexual em 44% dos casos (U.S.A. U.S. *Department of Health and Human Services*. CDC, 2015).

#### **2.1.1.2. Na europa**

O continente europeu, sobretudo a Europa Ocidental, é a região mundial com menor peso da doença (Nakagawa, Phillips e Lundgren, 2014). Não obstante, ainda se encontram grandes discrepâncias entre países, evidenciadas pela maior diferença no

número de novos casos entre a Estónia (com 20,6 casos/100.000 habitantes) e a Eslováquia (com 1,6/100.000 habitantes), em 2015 (ECDC, 2016).

Segundo os dados do *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), na União Europeia (Quadro 1), entre 2011 e 2015, o número anual de novos casos rondou as 30.000 pessoas, sendo 2015 o primeiro ano em que se registou um número ligeiramente abaixo desse valor (ECDC, 2016).

Neste último ano, os homens apresentaram um risco de contrair infeção por VIH 3,3 vezes superior ao das mulheres. A principal via de contágio foi o sexo entre homens, correspondendo a 42% de todas as infeções, seguida pela transmissão heterossexual com 32%. Ao contrário das outras categorias, os HSH foram os únicos que registaram um aumento de novos casos, que foi de 9% entre 2005 e 2015 (ECDC, 2016).

**Quadro 1:** Distribuição dos casos de infeção por VIH na União Europeia, por ano de diagnóstico, sexo e categoria de transmissão (2011-2015)

		2011	2012	2013	2014	2015
<b>Total</b>	<i>n</i>	32.156	33.336	32.991	32.794	29.747
	<i>Taxa</i>	6,5	6,7	6,5	6,4	5,8
Homens	<i>n</i>	23.876	25.258	25.220	25.038	22.808
	<i>Taxa</i>	9,9	10,4	10,1	10,0	9,1
Mulheres	<i>n</i>	8.197	8.008	7.699	7.671	6.843
	<i>Taxa</i>	3,2	3,1	2,9	2,9	2,6
HSH	<i>n</i>	12.437	13.596	13.814	14.097	12.541
Heterossexual	<i>n</i>	12.070	11.731	11.225	11.097	9.654
UDI	<i>n</i>	1.937	2.152	1.774	1.375	1.241

*n* – número de casos totais; *Taxa* – número de casos por 100.000 habitantes; HSH – Homens que têm relações sexuais com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas. Fonte: ECDC, 2016.

Em geral, os novos casos de SIDA também têm vindo a diminuir (em 2015, o valor médio foi abaixo de um caso por 100.000 habitantes), mas Portugal continua a ser o segundo país da União Europeia com maior número de novos casos (2,3 por 100.000 habitantes), só atrás da Letónia (ECDC, 2016).

### 2.1.1.3. Em Portugal

O primeiro caso de infeção por VIH diagnosticado em Portugal ocorreu em 1983, tendo-se iniciado a vigilância epidemiológica desta infeção em 1985 (Portugal. Instituto Nacional de Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis,

1986). Em 2005, esta doença entrou para a lista de doenças de notificação obrigatória (Portaria nº 258/2005, de 16 de março) e, a partir de 2013, esta notificação passou a centralizar-se na aplicação informática do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) pela Portaria nº 248/2013, de 5 de agosto, com a inclusão da notificação laboratorial em 2016 (Portaria nº 22/2016, de 10 de fevereiro).

Segundo a ONUSIDA, em 2012 estimava-se que a prevalência nacional da infeção estivesse entre os 38.000 a 62.000 casos (UNAIDS, 2013). Em 2019, prevê-se que o acompanhamento ambulatorio desta população alcance cerca de 39.000 a 40.000 pessoas (Portugal. Ministério da Saúde, 2015).

Acompanhando o registo mundial, também em Portugal se tem verificado uma diminuição dos novos casos anuais da doença. Em 2015, atingiu-se o valor mais baixo com 9,6 casos por 100.000 habitantes, mas ainda acima da média da União Europeia que se cifrou nos 5,8. O risco de infeção nos homens é cerca de 2,7 vezes superior ao das mulheres, e a principal categoria de transmissão é a heterossexual, com 52,8% dos casos, seguida dos HSH, com 39,2% dos casos (Quadro 2). A idade mediana dos novos diagnósticos foi de 39 anos (Portugal. Ministério da Saúde. INSA, 2016).

Igualmente se regista uma redução nos novos casos de SIDA, tendo sido diagnosticados em 2015 quase um terço dos casos de 2011 (Portugal. Ministério da Saúde. INSA, 2016).

**Quadro 2:** Distribuição do número de novos casos de infeção por VIH em Portugal nos adultos, por ano de diagnóstico, sexo e categoria de transmissão (2011-2015)

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>Total</b>	1.684	1.614	1.530	1.109	989
Homens (%)	1170 69%	1137 70%	1082 71%	791 71%	721 73%
Mulheres (%)	514 31%	477 30%	448 29%	318 29%	269 27%
HSH (%)	486 29%	511 32%	464 30%	344 31%	388 39%
Heterossexual (%)	1035 61%	959 59%	931 61%	679 61%	522 53%
UDI (%)	132 8%	120 7%	97 6%	49 4%	44 5%

HSH – Homens que têm relações sexuais com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas.  
Fonte: Portugal. Ministério da Saúde. INSA, 2016.

Complementarmente a estes dados, no período 2000-2010 verificou-se uma

redução na taxa de internamentos hospitalares relacionados com a infeção por VIH, bem como no seu custo, duração e mortalidade associados (Catumbela *et al.*, 2015).

A distribuição geográfica dos novos casos é muito irregular, ocorrendo sobretudo na Área Metropolitana de Lisboa, com 49,1% de todos os casos em 2015. A região Norte apresentou 19,9% dos novos casos e a região Centro cerca de 17,8%. No Algarve, esse valor foi de 5,6%, no Alentejo, foi de 3,9% e, nas duas regiões autónomas conjuntas, diagnosticaram-se 3,2% dos novos casos nacionais (Portugal. Ministério da Saúde. INSA, 2016).

Por outro lado, existem importantes grupos populacionais na nossa sociedade onde o impacto desta doença é maior, revelando-se numa prevalência autorreportada entre 2% a 4,4% na comunidade imigrante de Lisboa (Dias *et al.*, 2014) ou de cerca de 8% nos trabalhadores do sexo (Dias *et al.*, 2015). Ambos os estudos concluem que ainda se identificam comportamentos de risco muito generalizados.

Portugal é o país da Europa com a maior taxa de prevalência da infeção por VIH-2 (Carvalho *et al.*, 2012), a que corresponderam 3% dos novos casos diagnosticados em 2015 (Portugal. Ministério da Saúde. INSA, 2016). Este vírus é mais prevalente nos países da África Ocidental e concomitantemente nas comunidades daí provenientes (Campbell-Yesufu e Gandhi, 2011), mais comuns no nosso país.

Ainda assim, em termos de mortalidade prematura e anos de vida com incapacidade (*disability-adjusted life year* – DALY), para Portugal, foram calculados valores de 42,800 DALY, abaixo de países como Espanha, França ou Itália (Nakagawa, Phillips e Lundgren, 2014).

### **2.1.2. Acompanhamento das pessoas com infeção por VIH no Serviço Nacional de Saúde**

A consciencialização do impacto económico e social da infeção por VIH a nível nacional foi sendo evidenciada ao longo dos anos, através, por exemplo, da sua inclusão nos Programas de Saúde Prioritários da DGS (Despacho nº 404/2012), estando atualmente em vigor o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção VIH/SIDA 2012-2016.

Sobretudo na última década, foram desenvolvidas diversas políticas de saúde em consonância com esta preocupação de diferenciação e individualização da prestação de cuidados de saúde às pessoas com infeção por VIH em Portugal.

Ainda existem, no entanto, muitas áreas de intervenção onde se podem criar e desenvolver estratégias para uma maior uniformização técnica e científica nacional.

#### **2.1.2.1. Acompanhamento clínico, laboratorial e terapêutico**

O acompanhamento clínico ambulatorio especializado das pessoas com infeção por VIH no nosso país é sobretudo hospitalar. Segundo a Rede Nacional Hospitalar de Referenciação para a Infeção por VIH (RNHR VIH), as unidades de cuidados ambulatorios são categorizadas em Unidade Local, Unidade de Referência, Centro de Elevada Diferenciação e Consulta Descentralizada, de acordo com o número de doentes que podem acompanhar e a diferenciação de cuidados que oferecem (Portugal. Ministério da Saúde, 2015). Neste documento, é evidenciado “*o primado da liberdade de escolha do utente*” (Portugal. Ministério da Saúde, 2015) em relação à instituição onde recebe cuidados, o que exigirá uma maior flexibilidade na gestão e organização de todo o processo de prestação de cuidados de saúde, incluindo o seu acesso e financiamento.

A nova RNHR VIH apresenta uma descrição dos recursos que devem estar ao dispor das pessoas com infeção por VIH, mas não existem normas nacionais ou internacionais que especifiquem a frequência e o tipo de cuidados prestados em cada contacto clínico ambulatorio com as pessoas infetadas. A nível europeu (EACS, 2016), é somente destacada a periodicidade da avaliação de determinados parâmetros clínicos associados à evolução da doença. Já em Portugal, apenas no programa de financiamento hospitalar (Portugal. Ministério da Saúde. Comissão para a Contratualização em Saúde, 2006), se determina uma necessidade de avaliação ambulatoria semestral de cada caso clínico, definindo-se essa frequência como um dos requisitos mínimos para a faturação desse acompanhamento.

O acompanhamento clínico passa não só pela avaliação da pessoa e das suas necessidades, como pelo controlo laboratorial da evolução da doença e pela monitorização da introdução e adesão ao regime terapêutico indicado.

Em termos laboratoriais, os valores de linfócitos T CD4<sup>+</sup> e de carga vírica, esta através da determinação do ácido ribonucleico (ARN) de VIH, são imprescindíveis para se determinar o estágio e progressão da doença, bem como a resposta da pessoa ao tratamento, pelo que devem ser avaliados periodicamente.

O cumprimento do regime terapêutico é essencial para o controlo efetivo desta doença. Em Portugal, a TARc é já recomendada para todas as pessoas com infeção por VIH, independentemente dos valores de linfócitos T CD4<sup>+</sup> (Portugal. Ministério da



Saúde. DGS, 2016), em consonância com as orientações internacionais (EACS, 2016; WHO, 2016a). No entanto, ressalva-se que uma das principais condicionantes para a introdução do tratamento é a existência de potenciais barreiras à sua adesão (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2016).

A adesão terapêutica tem vindo a ser facilitada pela redução do número de comprimidos (coformulações), de tomas diárias (Sutton, Magagnoli e Hardin, 2016) e da sua toxicidade (Beer e Skarbinski, 2014; Viswanathan *et al.*, 2015; Boussari *et al.*, 2015). No entanto, pode ser condicionada por fatores demográficos, psicossociais ou relacionados com crenças do doente (Beer e Skarbinski, 2014), bem como pela necessidade de cumprimento e desconhecimento dos efeitos adversos a longo prazo (Robbins *et al.*, 2014). Também podem influenciar a adesão terapêutica serviços de saúde sobrecarregados, pouco personalizados, com falta de recursos, com baixa qualidade e elevados tempos de espera, bem como o estigma e discriminação associados à infeção por VIH (Moore e Ciaraldi, 2015).

Por outro lado, a baixa adesão terapêutica está associada a maior mortalidade e morbilidade, a resistência viral à terapêutica, a diminuição do número de linfócitos T CD4<sup>+</sup> (Azar *et al.*, 2015; Boussari *et al.*, 2015) e a maior risco de transmissão da infeção (Robbins *et al.*, 2014). O risco de não adesão ou adesão parcial ao tratamento tem tendência a agravar-se com o tempo (Wilson *et al.*, 2014).

A prescrição da TARc é também considerada como um importante meio de prevenção da transmissão da infeção, profilaxia pré-exposição (PrEP), sobretudo nas populações de elevado risco de a contrair, como as pessoas inconsistentes no uso de preservativo e as que têm ou podem ter relações casuais ou com parceiros com infeção por VIH que não estão sob tratamento (EACS, 2016; WHO, 2016a). Esta prevenção está diretamente associada à adesão terapêutica (WHO, 2016a).

Apesar de ainda não implementada em Portugal, existe já alguma comprovação da efetividade da PrEP, nomeadamente na população dos HSH, onde se estima uma redução do risco de infeção em 86% (McCormack *et al.*, 2016), ou nas mulheres, com 49% a 79% de redução de risco (Thomson *et al.*, 2016). Entre casais heterossexuais serodiscordantes, preveem-se reduções de 67 a 75%, dependendo da formulação terapêutica utilizada (Baeten *et al.*, 2012).

#### **2.1.2.2. O sistema de informação para a infeção VIH/SIDA (SI.VIDA)**

Os sistemas de informação têm um papel importante na coordenação dos cuidados de saúde às pessoas com infeção por VIH, facilitando o seu acesso e

utilização (Magnus *et al.*, 2009; Wilson *et al.*, 2014; Shade *et al.*, 2015). Podem igualmente contribuir para melhorar a prestação de cuidados e a satisfação dos doentes e ajudar os profissionais de saúde e os próprios doentes a gerir a doença (Wilson *et al.*, 2014). Em concordância com estas melhorias, estes sistemas podem ser ferramentas relevantes para o aumento da qualidade em saúde (Virga *et al.*, 2012).

O sistema de informação para a infeção VIH/SIDA (SI.VIDA) foi criado para “*permitir efetuar vigilância epidemiológica e monitorização clínica de pessoas infetadas por VIH*” em acompanhamento hospitalar (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2013).

Traz como inovação a capacidade de integrar a “*informação dos serviços administrativos, laboratoriais, clínicos e farmacêuticos*” e assim produzir “*um largo conjunto de indicadores*”, que possibilitam, não só uma caracterização mais fácil, atualizada e acessível da realidade nacional, como também a partilha desta informação epidemiológica com sistemas internacionais (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2012), como a Organização Mundial da Saúde (OMS) ou a ONUSIDA.

O SI.VIDA pretende monitorizar resultados em saúde (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2012) e simultaneamente facilitar o processo de contratualização entre a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e as instituições hospitalares (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS e SPMS, 2016). Desde o final de 2012, a sua utilização passou a ser indispensável para a notificação obrigatória da doença, o registo de informação de ambulatório e a documentação da dispensa de medicação em todas as instituições onde esteja implementado (Despacho nº 6716/2012).

**Quadro 3:** Distribuição dos casos de infeção por VIH registados no SI.VIDA, por ano de diagnóstico, sexo e categoria de transmissão – novos casos e total de inscritos (2014)

	<b>Novos Casos</b>	<b>Total Inscritos</b>
<b>Total</b>	1.045	30.956
Homens (%)	749 72%	21.006 68%
Mulheres (%)	296 28%	9.950 32%
HSH (%)	346 33%	5.634 18%
Heterossexual (%)	643 62%	16.986 55%
UDI (%)	35 3%	7.360 24%

HSH – Homens que têm relações sexuais com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas.  
Fonte: Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2015.

Em março de 2015 (Portugal. Ministério da Saúde. SPMS, 2015), este sistema já se encontrava implementado em 19 instituições hospitalares ou centros hospitalares (a que correspondem 25 hospitais), cobrindo, no seu conjunto, cerca de 95% das pessoas com infeção por VIH seguidas em ambulatório hospitalar.

Correspondendo a cerca de 94% das pessoas diagnosticadas em 2014, as pessoas em acompanhamento (Quadro 3) apresentam uma caracterização semelhante à das pessoas diagnosticadas a nível nacional (Quadro 2).

### **2.1.2.3. O programa de financiamento por doente tratado**

Desde 2007 que os Contratos-Programa hospitalares incluem um modelo de financiamento por doente tratado, dirigido ao acompanhamento em ambulatório das pessoas com infeção por VIH sob TARc, que abrange o tratamento, os meios complementares de diagnóstico e terapêutica e as consultas médicas (Portugal. Ministério da Saúde. Comissão para a Contratualização em Saúde, 2006).

Este modelo pretende aumentar a transparência do financiamento, promover a qualidade, a equidade e a acessibilidade da prestação de cuidados e fortalecer a capacidade negocial das unidades hospitalares (Portugal. Ministério da Saúde. Comissão para a Contratualização em Saúde, 2006). No entanto, o financiamento por doente tratado apresenta como principais desvantagens o baixo incentivo à qualidade e ao acompanhamento dos doentes mais graves e a tendência para uma prestação média de cuidados (Busse e Blümel, 2011).

Na sua implementação, foram definidas as seguintes etapas de desenvolvimento (Portugal. Ministério da Saúde. Comissão para a Contratualização em Saúde, 2006):

- Financiamento de doentes declarados que iniciam TARc;
- Determinação dos custos por doente de acordo com a gravidade e complexidade;
- Monitorização e gestão da doença.

Entre 2007 e 2011, estavam incluídos unicamente os doentes que iniciavam TARc nesse ano económico. Em 2012, o programa foi alargado a todos os doentes em tratamento com TARc e incorporou-se a produção de Hospital de Dia de Infeciologia (Portugal. Ministério da Saúde. Comissão para a Contratualização em Saúde, 2006; Portugal. Ministério da Saúde. ACSS, 2012b).

Os critérios de elegibilidade dos doentes para este programa incluem a notificação obrigatória da doença e a existência de, pelo menos, dois contactos com a

instituição de saúde por ano, preferencialmente um a cada seis meses. Um contacto materializa-se no registo de uma presença em consulta, uma cedência de terapêutica e uma análise de parâmetros clínicos (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS, 2012a).

Ao longo dos anos, o valor pago por doente sofreu alterações (Quadro 4), mas manteve o valor de 763,80€ por doente por mês nos últimos três anos.

**Quadro 4:** Valores mensais definidos para o financiamento do acompanhamento ambulatorio das pessoas com infeção por VIH, para os hospitais do SNS (2007-2016)

Doentes que iniciam TARc durante o exercício económico	
2007	920€/doente/mês
2008	920€/doente/mês
2009	920€/doente/mês
2010	11.040€/doente/ano
2011	920€/doente/mês
Todos os doentes sob TARc acompanhados em consulta ambulatoria hospitalar	
2012	846,40€/doente/mês
2013	795,62€/doente/mês
2014	763,80€/doente/mês
2015	763,80€/doente/mês
2016	763,80€/doente/mês

TARc – terapêutica antirretrovírica combinada.

Fonte: Portugal. Ministério da Saúde: Comissão para a Contratualização em Saúde, 2006; ACSS, 2007; ACSS, 2008; ACSS, 2010a; ACSS, 2010b; ACSS, 2012b; ACSS, 2012c; ACSS, 2013; ACSS, 2014; ACSS, 2016.

Segundo Perelman *et al.* (2013), em média, 67% dos custos diretos associados às pessoas com VIH são devidos à TARc, 9% ao acompanhamento médico, 8% ao internamento hospitalar e 7% a outras terapêuticas. Para o ano de 2012, o custo médio anual por doente foi calculado em 14.277€, variando entre 11.901€ para valores de linfócitos T CD4<sup>+</sup> >500células/ $\mu$ L e 23.351€ para linfócitos T CD4<sup>+</sup>  $\leq$ 50células/ $\mu$ L. Isolando os componentes do modelo de financiamento nacional, o estudo obteve um custo médio anual de 11.831€ por doente (985,92€ por mês), com valores entre 10.983€ e 12.962€, ainda acima dos valores definidos contratualmente.

Para além da definição do valor, o financiamento do acompanhamento de doentes crónicos exige a capacidade de coordenação entre os diferentes profissionais de saúde (Busse e Blümel, 2011; Bruin, Baan e Strujis, 2011) e o alinhamento do pagamento e dos incentivos entre a instituição e os prestadores de cuidados, e entre prestadores (Busse e Blümel, 2011; Davis *et al.*, 2015). Esperam-se, assim, as devidas atualizações deste modelo de financiamento, incluindo a progressão para as restantes etapas de desenvolvimento.

### 2.1.3. As metas globais da ONUSIDA 90-90-90

A forma mais adequada de se avaliar a qualidade e a adequação de programas de saúde e intervenções implementados, quer a nível nacional, quer a nível global, passa pela definição e medição de objetivos e indicadores de saúde. Desta forma, poder-se-á identificar as áreas com maiores necessidades e planejar as estratégias para lhes dar resposta.

Neste sentido, pela análise dos avanços científicos e técnicos atuais, a ONUSIDA traçou objetivos mundiais para o controlo da epidemia de VIH/SIDA para 2020 que se concretizam nas metas 90-90-90, isto é, 90% das pessoas com infeção por VIH devem ter conhecimento do seu diagnóstico, 90% das pessoas diagnosticadas devem ter acesso à terapêutica recomendada e 90% das pessoas sob tratamento devem apresentar supressão virológica sustentada (UNAIDS, 2014).

Para 2030, a meta a atingir pretende alcançar valores de 95-95-95 para os mesmos parâmetros e pôr fim a esta pandemia (UNAIDS, 2015).

O número de países que confirmam o cumprimento destas metas é muito baixo. Apenas três países de 23 (13%) reportaram valores superiores a 90% de pessoas com infeção por VIH diagnosticada. Apenas dois países em 33 (6%) apresentaram valores superiores a 90% de cobertura de tratamento das pessoas diagnosticadas. E apenas nove de 24 países (28%) referiram valores superiores a 90% de pessoas sob TARc com supressão virológica confirmada (ECDC, 2015).

No Quadro 5 apresentam-se os dados publicados de alguns países para as metas de 90%. A Suécia é considerada o primeiro país do mundo a atingir estes objetivos e ainda antes do ano limite de 2020 (Gisslén *et al.*, 2016).

**Quadro 5:** Cumprimento das metas globais da ONUSIDA 90-90-90 para diferentes países

	<b>Pessoas infetadas diagnosticadas</b>	<b>Pessoas diagnosticadas sob TARc</b>	<b>Pessoas sob TARc com supressão virológica</b>
<b>Austrália (2014)</b>	88%	73%	92%
<b>Suíça (2012)</b>	90%	88%	96%
<b>Suécia (2014)</b>	90%	95,1%	94,7%

TARc – terapêutica antirretrovírica combinada.

Fonte: The Kirby Institute, 2015; Kohler *et al.*, 2015; Gisslén *et al.*, 2016.

Em Portugal, em 2014, mais de 80% das pessoas infetadas por VIH em

acompanhamento estavam sob TARc e, destas, cerca de 80% apresentavam supressão virológica (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2015).

Este é um esforço tanto individual e nacional, como coletivo e global, para o controlo efetivo desta doença. Para acomodar as necessárias alterações em sistemas de saúde já sobrecarregados, Jamieson e Kellerman (2016) evidenciam a necessidade de mudança e adaptação de toda a cadeia de prestação de cuidados.

A preocupação com o acesso à terapêutica, a testes de diagnóstico ou a laboratórios de qualidade em Portugal colocar-se-á em menor escala do que noutros países. Mas as questões relacionadas com a capacidade de acomodação e resposta a um maior esforço de identificação, acompanhamento e tratamento das pessoas infetadas (Jamieson e Kellerman, 2016) poderão não ser alheias à realidade nacional.

Relativamente à primeira meta, Jamieson e Kellerman (2016) estimaram que, para se alcançar um maior número de diagnósticos de infeção por VIH, em vez de apenas se aumentar o acesso a testes de diagnóstico a toda a população, se deverá aumentar em pelo menos 50% esse acesso nas áreas de maior prevalência e nas populações de maior risco. A OMS (WHO, 2016c) apresenta recomendações sobre o aumento da acessibilidade aos testes de autodiagnóstico, referindo que os seus resultados poderão ser tão fiáveis como se fossem realizados com acompanhamento de profissionais de saúde. Assim, aumentar-se-ia a cobertura de testes principalmente nas populações de maior risco, que não os realizam tão frequentemente como o desejado. No mesmo sentido, também foram emanadas recomendações sobre a importância de desenvolver estratégias com as pessoas infetadas para se aumentar a notificação e rastreio dos seus companheiros.

O conhecimento do diagnóstico é de extrema importância para o controlo da transmissão da doença (Nakagawa, Phillips e Lundgren, 2014). Na Holanda, o subdiagnóstico nos HSH foi estimado em cerca de 6,5% (van Sighem *et al.*, 2015), mas existem cidades europeias onde esse valor poderá ser de 50 a 80% (Ferrer *et al.*, 2015). Em Itália, em 2012, a proporção de doentes não diagnosticados rondaria os 11 a 13% do total da prevalência da infeção (Mammone, *et al.*, 2016). Em França, previam-se 30% de casos, a partir da taxa de novas infeções por VIH (Supervie *et al.*, 2014), e no Reino Unido, em 2014, admitia-se que 18% das pessoas infetadas desconheciam o seu diagnóstico (Skingsley *et al.*, 2015).

Em termos da segunda meta, em 2013, estimava-se que estivessem sob TARc 44% das pessoas infetadas por VIH na região americana, 22% na região europeia e 10% na região do mediterrâneo oriental (WHO, 2014).

Com a nova recomendação para iniciar tratamento a todas as pessoas diagnosticadas, são colocadas “*questões de escala e de viabilidade*” no acesso à terapêutica (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2016). Nos últimos anos, o peso relativo do tratamento para a infeção por VIH tem sido de cerca de 20% dos custos totais hospitalares com medicação, mas corresponde à maior despesa com medicamentos de dispensa exclusiva hospitalar (Portugal. Ministério da Saúde. Infarmed, 2015), contribuindo de forma determinante para os custos com o acompanhamento destes doentes (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2016). No entanto, o tratamento com TARc continua a ser “*uma das intervenções médicas com melhor relação custo-efetividade*” (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2016).

Os programas de introdução precoce da TARc têm demonstrado melhorias na mortalidade, nos anos de vida perdidos e no controlo da transmissão de outras infeções, como as hepatites virais ou a tuberculose (Wilson *et al.*, 2014).

A introdução e o cumprimento do tratamento com TARc são essenciais para se alcançar a supressão virológica enquanto terceira meta, que se caracteriza por valores de carga vírica de VIH <50 cópias/ml (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2016), por um período de pelo menos seis meses (EACS, 2016).

A carga vírica é o maior preditor do risco de transmissão da infeção (Nakagawa, Phillips e Lundgren, 2014). Com supressão virológica, a transmissão entre casais serodiscordantes é muito reduzida e cada aumento de dez vezes na carga vírica acresce 2,9 vezes o risco de transmissão sexual (Hallal *et al.*, 2015).

#### **2.1.4. Cuidados às pessoas com doença crónica**

O desenvolvimento terapêutico dos últimos anos, com elevados níveis de efetividade, permitiu que a infeção por VIH passasse a ser uma doença crónica em todos os países que consigam garantir o acesso à terapêutica à sua população (Deeks, Lewin e Havlir, 2013).

O conseqüente aumento da esperança de vida e das necessidades em saúde das pessoas infetadas exige uma reorientação da gestão da prestação de cuidados de saúde para infeção por VIH, sobretudo direcionada para a área ambulatoria. A atual organização é insuficiente para comportar a complexidade e a multidisciplinaridade necessárias para a sua prestação apropriada, e tanto a sua fragmentação como as disparidades nas orientações clínicas não são consentâneas com uma utilização adequada dos recursos disponíveis (Mugavero, Norton e Saag, 2011).

Esta doença cumpre diversos critérios de doença crónica definidos por Siegel e Lekas (2002) e Swendeman, Ingram e Rotheram-Borus (2009), designadamente, a incerteza da sua evolução, a necessidade de adesão a um regime terapêutico, a necessidade de autocuidado e autogestão de sintomas, as mudanças nos papéis e nas relações sociais, as alterações de identidade e o consequente *stress* psicológico e, sobretudo, o estigma associado à doença.

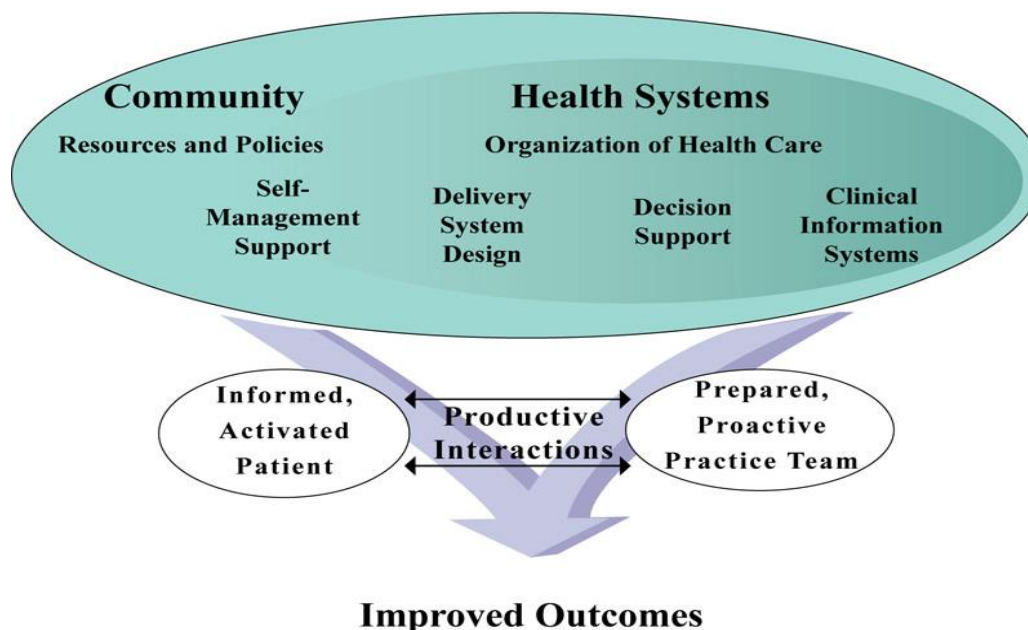
Como doença crónica, o objetivo de saúde é abrandar a sua progressão e gerir a sintomatologia e não obter a cura (Siegel e Lekas, 2002). A ênfase deve ser dada à capacitação para a autogestão da doença pelos doentes e seus familiares, sendo precisas, para isso, interações regulares e planeadas com os prestadores de cuidados (Wagner, 1998; Swendeman, Ingram e Rotheram-Borus, 2009).

Com vista à organização de cuidados de saúde que respondam às necessidades das pessoas com doença crónica, foi apresentado em 1998 o *The Chronic Care Model* (Figura 1), que resume os elementos considerados essenciais para se promover a prestação de cuidados de elevada qualidade e permitir melhorar os resultados em saúde desta população (Wagner, 1998). Esses elementos (Wagner, 1998; Improving Chronic Illness Care, 2016) são os seguintes:

- A Comunidade – mobilizando os seus recursos ao encontro das necessidades das pessoas com doença crónica;
- O Sistema de Saúde – promovendo cuidados de saúde seguros e de alta qualidade através da criação de mecanismos organizacionais e de incentivos;
- Suporte para a autogestão – preparando e fornecendo as ferramentas necessárias para que a pessoa se sinta confiante e capacitada;
- Modelo de prestação de cuidados – baseado no trabalho em equipa, centrado nas necessidades das pessoas, efetivo e pró-ativo;
- Suporte à decisão – promovendo e implementando cuidados de saúde transversais baseados em evidência científica e nas preferências das pessoas com doença;
- Sistemas de informação clínica – organizando o registo de informação sobre os doentes e a população, por forma a facilitar a prestação de cuidados.

A complexidade da prestação de cuidados de saúde à pessoa com doença crónica torna-a onerosa, mas é possível reduzir estes custos através da prevenção de internamentos e readmissões hospitalares (Davis *et al.*, 2015) e da adesão a *guidelines* baseadas na evidência (Busse e Blümel, 2011; Bruin, Baan e Struijs, 2011).





**Figura 1:** Modelo dos cuidados à pessoa com doença crónica (*The Chronic Care Model*)  
 Fonte: Improving Chronic Illness Care, 2016.

No Canadá, numa população aborígine com elevada prevalência de infeção por VIH, verificou-se uma melhoria dos resultados de saúde com a aplicação deste modelo, nomeadamente, no aumento do rastreio da doença, das imunizações, da adesão ao tratamento com TARc e das taxas de supressão virológica (Tu *et al.*, 2013).

Em Portugal, a prestação de cuidados a algumas doenças crónicas está a ser norteada pelo modelo da Gestão Integrada da Doença, que também determina a orientação e organização da prestação de cuidados às pessoas com doença crónica. Apesar de não estar ainda implementado para a infeção por VIH, esta é uma das doenças consideradas prioritárias para a introdução do modelo (Escoval *et al.*, 2010).

Como é possível observar na Figura 2, este modelo compreende a gestão clínica da doença, bem como a “*reorganização do modelo de prestação de cuidados e um modelo de financiamento específico, assentes num sistema de informação que permite a monitorização e avaliação constante deste processo*” (Escoval *et al.*, 2010).

Neste modelo, destaca-se sobretudo uma perspetiva mais pró-ativa na gestão da informação recolhida, utilizando-a para aumentar o conhecimento sobre as pessoas e sobre a doença, e construir normas de orientação clínica que possam guiar transversalmente a prestação de cuidados de saúde em todo o sistema. Igualmente se evidencia a integração de um modelo de financiamento subjacente ao processo de prestação de cuidados, “*ajustado e indexado aos resultados*” (Escoval *et al.*, 2010), para complementar e agregar todos os componentes deste processo.



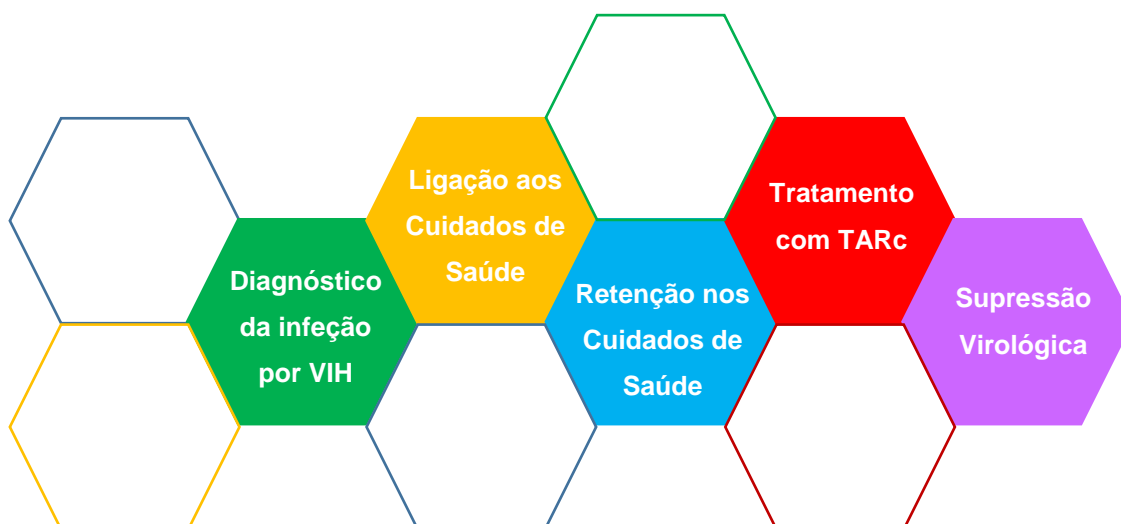
**Figura 2:** Modelo conceitual de gestão integrada da doença  
 Fonte: Escoval *et al.*, 2010.

Estes dois modelos de organização dos cuidados de saúde parecem permitir suportar a reestruturação necessária do acompanhamento clínico das pessoas com infeção por VIH. Não estando nenhum deles exclusivamente direcionado para esta doença, os contributos de outras áreas onde já estejam a ser executados, ou as evidências da sua aplicação na infeção por VIH antevêm a possibilidade da sua implementação no contexto nacional.

#### 2.1.5. *Continuum* dos cuidados para a infeção por VIH (*HIV Care Continuum*)

As diferentes etapas que compõem o processo de acompanhamento clínico das pessoas com infeção por VIH ao longo da evolução da doença apresentam-se esquematizadas no modelo do *continuum* dos cuidados para a infeção por VIH (*HIV care continuum* ou *HIV treatment cascade*) que se apresenta na Figura 3.

Este modelo está a ser utilizado por diversos países para avaliar a prestação de cuidados de saúde a estas pessoas, no sentido de identificar falhas e desenvolver estratégias para promover a sua qualidade (Medland *et al.*, 2015; U.S.A. U.S. Department of Health and Human Services, 2015), sendo crucial para a avaliação do desempenho dos programas para a infeção por VIH (Chkhartishvili *et al.*, 2015).



**Figura 3:** O modelo do *continuum* dos cuidados para a infecção por VIH  
Baseado em: AVERT, 2016

Uma monitorização atualizada deste modelo é fundamental para se garantir uma utilização máxima de recursos limitados, o desenvolvimento de intervenções baseadas em evidência e a avaliação e resposta apropriadas a alterações emergentes. Nesse sentido, complementarmente, deve assegurar-se a conceção de um sistema de informação de saúde integrado, bem como a definição de indicadores de avaliação da prestação de cuidados de saúde (Mugavero, Norton e Saag, 2011).

Um conhecimento mais profundo do *continuum* dos cuidados é igualmente útil para a avaliação dos fatores pessoais e sociais que condicionam as suas diferentes etapas, permitindo delinear intervenções personalizadas dirigidas às pessoas de maior risco, por forma a evitar a sua perda para os cuidados de saúde (Ulett *et al.*, 2009).

Ainda não existe um consenso generalizado sobre a definição e medição de cada uma das etapas deste modelo (Medland *et al.*, 2015), pelo que se apresenta de seguida a definição de cada uma, apresentada pelo ECDC (2015):

- Diagnóstico da infecção por VIH – identificação de todos os casos de infecção, através do acesso à realização de exames de diagnóstico da doença;
- Ligação aos cuidados de saúde – encaminhamento das pessoas recém-diagnosticadas para cuidados de saúde especializados para a infecção por VIH;
- Retenção nos cuidados de saúde – manutenção da frequência estabelecida para o acompanhamento considerado necessário para a infecção por VIH;
- Tratamento com TARc – iniciação e manutenção do tratamento com TARc, para todos os casos indicados;

- Supressão virológica – objetivo final do tratamento das pessoas com infecção por VIH que se traduz num valor de carga vírica <50 cópias/ml de ARN de VIH.

A vinculação nos cuidados de saúde ambulatoriais, designada «*engagement in care*» na literatura científica em língua inglesa, agrega os fenómenos de ligação e retenção, incorporando de forma mais abrangente todo o processo de utilização desses cuidados (Mugavero *et al.*, 2010).

A ausência de consenso sobre a definição das etapas do modelo de *continuum* dos cuidados para a infecção por VIH é uma das principais dificuldades na sua utilização (Mugavero *et al.*, 2012b; Yehia *et al.*, 2012; ECDC, 2015; MacCarthy *et al.*, 2015), visto limitar a comparação de resultados entre países, podendo levar inclusivamente a conclusões erróneas (ECDC, 2015). No Quadro 6, apresentam-se os dados publicados sobre os valores apresentados por diferentes países. Como se pode observar, existem notórias discrepâncias de resultados, podendo estas ser explicadas ou não por diferenças na metodologia utilizada.

**Quadro 6:** Percentagem de pessoas com infecção por VIH nas diferentes etapas do modelo do *continuum* dos cuidados para a infecção por VIH em diferentes países.

	Diagnóstico	Ligação aos Cuidados	Retenção nos Cuidados	Tratamento com TARc	Supressão Virológica
<b>Dinamarca</b> (2010)	100%	95%	88%	73%	70%
<b>Geórgia</b> (2012)	52%	44%	38%	26%	20%
<b>Holanda</b> (2014)	76%	76%	71%	64%	58%
<b>Suíça</b> (2012)	81%	80%	79%	71%	68%
<b>EUA</b> (2011)	86%	40%		37%	30%

TARc – terapêutica antirretrovírica combinada. Fonte: Helleberg *et al.*, 2013; Chkhartishvili *et al.*, 2015; van Sighem *et al.*, 2014; Kohler *et al.*, 2015; Bradley *et al.*, 2014.

Se alguma das etapas deste modelo falhar, os benefícios individuais, coletivos e globais em termos de prevenção da infecção por VIH podem ficar ameaçados, visto que as pessoas não acompanhadas continuam a contribuir para a transmissão da infecção. A supressão virológica só é alcançada se se conseguirem ultrapassar as múltiplas e sequenciais barreiras que vão interferindo no ciclo total de acompanhamento clínico especializado (Gardner *et al.*, 2011).

Para que as pessoas consigam obter os máximos benefícios do tratamento

disponível, deverão progredir ao longo dos diferentes passos do modelo de *continuum* dos cuidados para a infecção por VIH, enquanto se mantêm vinculadas continuamente aos cuidados de saúde especializados para esta doença (Ulett *et al.*, 2009).

#### **2.1.5.1. Retenção nos cuidados de saúde**

Com o advento dos regimes terapêuticos cada vez mais efetivos, o foco do controlo da infecção por VIH tem estado a passar da adesão somente à terapêutica para estádios mais precoces do processo de acompanhamento clínico (Gardner *et al.*, 2011), como a adesão a consultas e a outros cuidados (Aberg *et al.*, 2014). A retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados para a infecção por VIH tem sido mesmo considerada uma etapa crucial para a maximização dos resultados de saúde desta população (Mugavero *et al.*, 2010).

Apesar de a adesão à TARc estar associada à retenção nos cuidados de saúde, a primeira é um fraco preditor da segunda, sugerindo Bonacci *et al.* (2016) que são comportamentos relacionados, mas fenómenos distintos.

Os valores de retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados para a infecção por VIH das pessoas infetadas são considerados subótimos, situando-se em cerca de 59% (Marks *et al.*, 2010; Minick *et al.*, 2016), podendo variar consoante a categoria de transmissão ou a área geográfica (Rebeiro *et al.*, 2016). De forma desagregada, a taxa de retenção a seis meses é de 69%, a 12 meses é de 54% a 59%, entre 18 a 24 meses é de 61% e de apenas 26% entre três a cinco anos de avaliação (Marks *et al.*, 2010). Mesmo sob TARc, os valores de retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados e adesão ao tratamento estão muito abaixo do desejado (WHO, 2016a).

Através da retenção, há uma maior probabilidade de alcançar a supressão virológica, e que é de 69% em vez de 58% (Dombrowski *et al.*, 2012), podendo servir igualmente para predizer essa supressão (Reveles *et al.*, 2015). Mugavero *et al.* (2012a) calcularam que, por cada visita perdida, existe um risco acrescido de 17% de alcançar mais tardiamente a supressão virológica.

Os resultados da retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados para a infecção por VIH estão muito dependentes da definição dada a este termo (Dombrowski *et al.*, 2012). Horstmann *et al.* (2010) identificaram três principais formas de medição, enquanto Mugavero *et al.* (2012b) e Yehia *et al.* (2012) apresentaram cinco. Em geral, referem-se a adesão a visitas clínicas agendadas, a ausência a visitas periódicas, a hiatos de tempo entre visitas ou a variantes destas medidas. A

definição mais comumente encontrada por Medland *et al.* (2015), em nove dos 13 artigos que analisaram, corresponde a dois ou mais contactos com os cuidados de saúde no ano mais recente, separados por, pelo menos, três meses. Não existe igualmente consenso geral sobre o período de tempo de análise e o marco que delimita essa mesma análise (Yehia *et al.*, 2012).

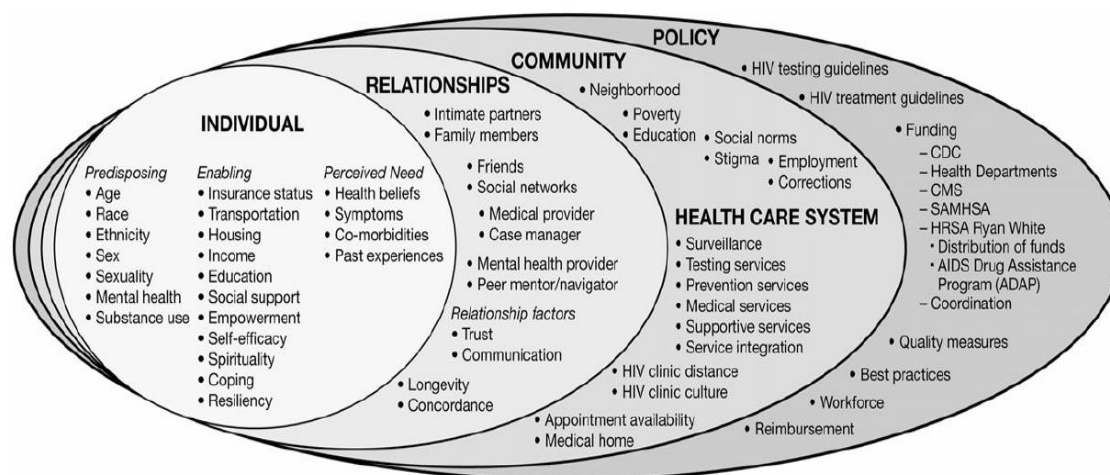
A retenção nunca pode, no entanto, ser vista como um evento dicotómico dado abranger uma avaliação complexa de múltiplos contactos, agendados com diferentes periodicidades, e que ocorrem ao longo de um período de tempo variável (Mugavero *et al.*, 2010; Mugavero *et al.*, 2012b).

Não é claro se a utilização de diferentes medidas implica obter diferentes resultados, visto que, no estudo de Mugavero *et al.* (2012b), foi encontrada uma variabilidade considerável, mas na análise de Yehia *et al.* (2012), foram obtidos valores similares. As diferentes medidas podem ser utilizadas de acordo com os dados disponíveis, a questão em estudo, os objetivos da medição (Mugavero *et al.*, 2012b), o tipo de práticas clínicas seguidas pelas instituições de saúde e a capacidade logística e tecnológica existente (Mugavero *et al.*, 2010), já que todas apresentam vantagens e limitações (Yehia *et al.*, 2012; Reveles *et al.*, 2015).

É interessante verificar que os prestadores de cuidados necessitam de uma avaliação a mais curto prazo, por forma a adequar a periodicidade dos cuidados, mas os gestores de saúde preferem uma visão mais prolongada no tempo para determinar o desempenho das instituições e estabelecer processos de *benchmarking* (Mugavero *et al.*, 2010).

A adesão aos cuidados de saúde ambulatoriais especializados para a infeção por VIH tem um impacto importante em termos de saúde pública, devido ao seu papel determinante na prevenção da evolução e disseminação da doença, na aceitação do tratamento (Mugavero *et al.*, 2010; Mugavero, Norton e Saag, 2011) e na persecução dos resultados em saúde para esta população (WHO, 2016a). Por um lado, tem lugar a oportunidade de promover mudanças de comportamento (Horstmann *et al.*, 2010), havendo uma associação positiva entre o acompanhamento regular e a redução de comportamentos sexuais de risco (Metsch *et al.*, 2008). Por outro lado, consegue aferir-se a elegibilidade das pessoas infetadas para iniciar TARc (Rosen e Fox, 2011) e garantir a obtenção de todo o potencial do tratamento (Mugavero *et al.*, 2012a).

Evidenciando a complexidade dos fatores que interferem com o processo de vinculação aos cuidados de saúde, Mugavero, Norton e Saag (2011) apresentaram uma perspetiva socioecológica do mesmo, que se ilustra na Figura 4.



**Figura 4:** Perspetiva socioecológica do processo de vinculação aos cuidados de saúde  
 Fonte: Mugavero, Norton e Saag (2011).

Mesmo utilizando medidas de retenção diferentes, os padrões de associação a variáveis sociodemográficas e clínicas são semelhantes (Yehia *et al.*, 2012).

No artigo apresentado por Horstmann *et al.* (2010), foram identificadas certas características associadas a um maior risco de não retenção nos cuidados de saúde. Destacaram-se, como características demográficas, a etnia (sobretudo, a negra), idades mais jovens, orientação heterossexual, menor escolaridade ou menor rendimento, e como características clínicas, valores elevados de linfócitos T CD4<sup>+</sup>, ausência de diagnóstico de SIDA, ou carga vírica detetável. Como fatores sociais foi identificada a falta de suporte social e a dificuldade em conciliar trabalho, família e cuidados de saúde.

Por outro lado, idades mais avançadas, níveis altos de escolaridade, início precoce de TARc (Silva *et al.*, 2016), ou valores iniciais de linfócitos T CD4<sup>+</sup> < 350 células/ $\mu$ L (Robertson *et al.*, 2015) foram associados a maior retenção.

As intervenções com maior impacto na promoção da retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados das pessoas com VIH estão relacionadas com a criação de equipas de suporte psicossocial e aconselhamento (WHO, 2016a), com um acompanhamento mais próximo, frequente e junto da comunidade, como as equipas de gestão de casos (Horstmann *et al.*, 2010; Mugavero, Norton e Saag, 2011), que apresentam um custo baixo em relação às vantagens associadas (Shrestha *et al.*, 2015). Outras estratégias incluem lembretes das consultas agendadas, contacto com os apoios de referência em caso de ausência prolongada, ou acesso a serviços de saúde mental, tratamento de adições, transporte, nutrição ou apoio domiciliário (Horstmann *et al.*, 2010; Mugavero, Norton e Saag, 2011).

Não existe um modelo de intervenção que possa ser reproduzido em todos os locais, visto haver a necessidade de adaptação de cada programa ao contexto de implementação (Ulett *et al.*, 2009; Horstmann *et al.*, 2010; WHO, 2016a).

Identificar as pessoas com maior risco de não retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados para esta doença é importante para definir intervenções dirigidas a essas pessoas. Por isso, melhorar o processo de retenção exigirá um maior conhecimento sobre os fatores que o condicionam e os que podem ser modificados (Horstmann *et al.*, 2010). É importante perceber quando e onde ocorre esta perda de acompanhamento, para que se possa atuar sobre ela (Rosen e Fox, 2011).

O grande desafio do estudo desta temática passa pela necessidade de longos períodos de análise e de sistemas consistentes de informação de saúde que permitam a avaliação do acompanhamento ambulatorial das pessoas infetadas, mesmo entre diferentes instituições (Rosen e Fox, 2011).

Devido ao longo período necessário para medir a retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados para a infeção por VIH, os eventos que condicionam esta adesão podem iniciar-se muito antes da deteção da perda de acompanhamento. Assim, é importante definir indicadores precoces de avaliação deste risco (Bonacci *et al.*, 2016), o que pode ser conseguido através do conhecimento dos fatores sociodemográficos e clínicos que o afetam.

## **2.2. Questão de investigação e objetivos**

Apesar da tendência estabilizadora no número de novos casos de infeção por VIH nos países desenvolvidos nos últimos anos, Portugal continua a ser um dos países da União Europeia com maior prevalência da doença. Com os incentivos nacionais introduzidos ao nível da gestão dos cuidados de saúde às pessoas com infeção por VIH, estão a criar-se oportunidades para que se possam realizar mais estudos relativos à avaliação e melhoria da prestação desses cuidados.

Entretanto, para que se possam delimitar as áreas de estudo de interesse para aplicar os recursos disponíveis em Portugal, deverá continuar a recorrer-se a uma análise estruturada dos artigos científicos internacionais publicados que sobre elas se debrucem.

O impacto da infeção por VIH em termos de saúde pública, do ponto de vista epidemiológico, económico e social, é elevado e não apresenta uma tendência atual



decrecente, não só devido ao contínuo número de novos casos e à manutenção de certos comportamentos de risco, como ao aumento da esperança de vida das pessoas infectadas, com o conseqüente aumento da necessidade de acesso a terapêutica e a cuidados complementares aos dirigidos exclusivamente à infecção por VIH.

O controlo dos custos com as doenças crónicas passa pela garantia da manutenção do potencial máximo de saúde das pessoas, e isso alcança-se com um acompanhamento efetivo e com a sua capacitação para gerir o seu estado de saúde.

Para que tal aconteça, é importante conhecer e compreender os mecanismos subjacentes ao processo de adesão aos cuidados de saúde ambulatoriais, por forma a determinarem-se estratégias que se foquem na alteração ou compensação dos fatores que interferem com esse processo e garantir uma mais adequada, individualizada e efetiva prestação de cuidados de saúde especializados.

O acompanhamento ambulatorio periódico e indefinido das pessoas com infecção por VIH é essencial para a prossecução dos objetivos de saúde para esta população e para o meio social onde se inserem. Esta etapa do modelo do *continuum* dos cuidados para a infecção por VIH – a retenção nos cuidados de saúde – é a que melhor espelha a continuidade de cuidados necessária e que acompanha a evolução e progressão do estado de saúde destas pessoas, desde o seu diagnóstico.

Assim, pretende-se identificar os fatores que condicionam positiva e negativamente este processo de retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados das pessoas com infecção por VIH, com o propósito de determinar a possibilidade de se criarem estratégias de prevenção da perda de acompanhamento, centralizadas nos grupos de maior risco para essa perda.

Como a prevalência da infecção por VIH se concentra sobretudo nos países em desenvolvimento, em especial nos países subsaarianos, também a produção científica sobre as componentes do acompanhamento ambulatorio desta doença é maior nestas regiões. No entanto, as diferenças socioculturais e políticas em relação ao nosso país exigem alguma prudência na comparação entre metodologias e resultados obtidos através desses estudos. Por outro lado, apesar da existência de produção científica sobre a temática da retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados em países desenvolvidos, não se encontrou nenhum estudo que realizasse uma revisão da evidência existente sobre esta área.

Pela identificação desta lacuna na bibliografia científica, decidiu-se realizar este projeto de investigação para tentar compreender melhor o fenómeno da retenção nos cuidados de saúde e os seus fatores condicionantes. De seguida, apresentam-se a

questão de investigação e os objetivos que nortearam este trabalho.

### **2.2.1. Questão de investigação**

- Quais os fatores que condicionam a retenção, segundo o modelo do *continuum* dos cuidados para a infeção por VIH, nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados para esta doença das pessoas adultas com infeção diagnosticada nos países desenvolvidos?

### **2.2.2. Objetivo geral**

- Analisar os fatores que condicionam positiva e negativamente a retenção, segundo o modelo do *continuum* dos cuidados para a infeção por VIH, nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados das pessoas adultas com infeção diagnosticada nos países desenvolvidos, através da revisão sistemática da literatura publicada nos últimos cinco anos.

### **2.2.3. Objetivos específicos**

- Identificar, quantificar e descrever os fatores demográficos, psicológicos, sociais, clínicos ou outros que condicionam positivamente a retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados das pessoas adultas com infeção por VIH diagnosticada nos países desenvolvidos;
- Identificar, quantificar e descrever os fatores demográficos, psicológicos, sociais, clínicos ou outros que condicionam negativamente a retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados das pessoas adultas com infeção por VIH diagnosticada nos países desenvolvidos;
- Evidenciar os fatores que exclusivamente potenciam a retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados das pessoas adultas com infeção por VIH diagnosticada nos países desenvolvidos;
- Evidenciar os fatores que exclusivamente limitam a retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados das pessoas adultas com infeção por VIH diagnosticada nos países desenvolvidos.

### 3. METODOLOGIA

A descrição do percurso metodológico escolhido para o desenvolvimento deste projeto de investigação compreende a apresentação das opções escolhidas, dos pressupostos assumidos, bem como das soluções encontradas para ultrapassar os obstáculos que foram surgindo. Deste modo, pretende-se que se possa acompanhar as diferentes etapas deste processo e validá-las, ou posteriormente replicá-las.

Por forma a conseguir identificar e sintetizar o maior e mais adequado conjunto de artigos científicos internacionais relacionados com os fatores condicionantes da retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados das pessoas com infeção por VIH, e assim responder à questão de investigação formulada, selecionou-se a metodologia da revisão sistemática da literatura, neste caso, sem meta-análise agregada.

Uma revisão sistemática da literatura é, por definição, uma recolha de toda a evidência científica que corresponde a critérios de elegibilidade pré-definidos para responder a uma questão de investigação específica. Utilizando métodos sistemáticos e explícitos pretende-se minimizar os vieses de investigação, proporcionando resultados mais fiáveis que permitam retirar conclusões válidas e apoiar decisões clínicas (Higgins e Green, 2011).

Os principais propósitos de uma revisão são a possibilidade de reunir a mais recente evidência científica sobre uma temática para manter atualizados profissionais de saúde, doentes e cuidadores, avaliar riscos e benefícios de determinados comportamentos ou intervenções em saúde, bem como servir de sustentação teórica para o desenvolvimento de normas de orientação clínica e *guidelines* nacionais e internacionais (Liberati *et al.*, 2009). Por outro lado, as revisões sistemáticas também permitem avaliar a qualidade e a validade dos estudos científicos que analisam (De-la-Torre-Ugarte-Guanilo, Takahashi e Bertolozzi, 2011).

De entre as utilizações possíveis desta metodologia, apresentadas por Petticrew e Roberts (2006), neste estudo, pretendeu-se obter uma visão geral sobre uma área de investigação, neste caso, a retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados para a infeção por VIH, por forma a sugerir futuras linhas de investigação, como sendo as estratégias para minimizar o efeito dos fatores identificados e potenciar a adesão das pessoas com infeção por VIH aos cuidados de saúde, principalmente dos grupos de risco.

Visto que uma das características deste tipo de estudo é a de ter uma metodologia clara e reproduzível (Higgins e Green, 2011), apresentam-se, de seguida, os passos desenvolvidos para a realização da atual revisão sistemática da literatura. São descritos os critérios de elegibilidade e de exclusão aplicados, as estratégias de pesquisa para a identificação dos artigos científicos, bem como as estratégias de análise destes. No final do capítulo, apresentam-se as limitações metodológicas identificadas e as principais considerações éticas relativas ao processo de investigação realizado.

Foram tidas em atenção duas importantes correntes de orientação para a execução de uma revisão sistemática da literatura, designadamente, a *Cochrane Review* (Higgins e Green, 2011) e o *Prisma Statement* (Liberati *et al.*, 2009). Estas duas abordagens nortearam a realização desta dissertação, desde a formulação da questão de investigação até à discussão dos resultados obtidos.

### **3.1. Critérios de elegibilidade e de exclusão**

Elaborada pela *The Cochrane Collaboration* (Higgins e Green, 2011), a abordagem PICOS – acrónimo que designa «*patient population, interventions/exposure, comparators, outcomes/endpoints, study design*» – é considerada pelos diferentes autores consultados (Higgins e Green, 2011; Liberati *et al.*, 2009; Centre for Reviews and Dissemination, 2009) como sendo uma forma estruturada e sistematizada de elaborar a questão de investigação, bem como os critérios de seleção dos artigos para análise.

Desta forma, serão de seguida apresentados os critérios de inclusão e exclusão definidos, seguindo esta abordagem de uma forma adaptada, dado ser sobretudo direcionada para estudos que avaliem intervenções clínicas.

#### **3.1.1. População**

Definiu-se que todos os artigos incluídos neste projeto teriam de ter como população de estudo as pessoas adultas com infeção por VIH diagnosticada a viver em países desenvolvidos. Manteve-se igualmente os artigos que se focaram em subgrupos da população adulta, como populações com maior prevalência da doença, que estivessem institucionalizadas, que fossem apenas compostas por um dos sexos, ou que apresentassem alguma condicionante psicológica, clínica ou social.

Para além dos artigos cuja população em estudo fossem profissionais de saúde ou agentes da comunidade, os três principais critérios de exclusão relacionaram-se com a idade e maternidade, ausência de infeção por VIH ou localização geográfica.

Assim, foram rejeitados todos os artigos sobre recém-nascidos, crianças ou adolescentes, ou que analisassem exclusivamente mulheres grávidas, parturientes ou a relação mãe-filho. Considerou-se que estas populações não só impõem um acompanhamento diferenciado em relação à população adulta geral, como esse acompanhamento poderá estar dependente ou em articulação com outros tipos de cuidados ambulatoriais, pelo que exigem uma análise individualizada.

Também se excluíram artigos cuja população tenha elevado risco de contrair infeção por VIH, mas sem casos diagnosticados, como nas situações de profilaxia pré e pós-exposição, por implicarem um seguimento e cuidados ambulatoriais diferenciados da população infetada.

Todos os artigos realizados em países em desenvolvimento foram excluídos por se considerar que a gestão e organização do sistema de saúde, bem como o contexto epidemiológico da doença, poderiam não ter comparação com a realidade nacional.

### **3.1.2. Intervenção**

Adaptando o modelo PICOS, já que não se pretende realizar uma análise a uma intervenção ou exposição, determinou-se como foco de pesquisa todos os artigos que estudassem os fatores, fossem demográficos, psicológicos, sociais, clínicos ou outros, que pudessem condicionar, positiva ou negativamente, a retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados para a infeção por VIH das pessoas infetadas.

É importante referir que se entende por cuidados de saúde ambulatoriais especializados todos os cuidados de saúde prestados por profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros), especialistas ou com experiência e formação na área da infeciologia, em ambiente ambulatorio habitualmente programado (excluindo-se o internamento programado ou o serviço de urgência) e dirigidos para o acompanhamento da pessoa com infeção por VIH.

Não foram definidos termos de pesquisa associados a este parâmetro, pela grande diversidade de conceitos encontrados, como fatores de risco, fatores protetores, preditores, barreiras, entre outros, dificultando a restrição terminológica.

Foram excluídos todos os artigos que analisassem intervenções ou estratégias de promoção da retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais, ou que se limitassem

a determinar os valores de retenção, estabelecer a sua definição ou medir os custos associados à mesma.

Por outro lado, mantiveram-se todos os artigos que apresentassem em simultâneo a análise dos fatores relacionados com a retenção nos cuidados de saúde com outro tipo de análise excluída, ou com o estudo de outras etapas do modelo do *continuum* dos cuidados para a infeção por VIH, desde que se conseguisse individualizar de forma clara a investigação realizada sobre a retenção.

### **3.1.3. Comparador**

Para o tipo de estudo desenvolvido, não foram determinados comparadores, por se quererem identificar todos os tipos de fatores que possam influenciar o processo de retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados das pessoas com infeção por VIH que vivem em países desenvolvidos.

### **3.1.4. Resultados**

Os resultados definidos para este projeto de investigação são a retenção ou a não retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados para a infeção por VIH das pessoas infetadas.

Com base em pesquisa bibliográfica anterior, constatou-se que os investigadores utilizam diferentes termos para semelhante significado. Assim, para além do termo retenção (designado em língua inglesa «*retention*») foram considerados como representativos da ausência de retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais os termos “atrito” com os cuidados de saúde (designado em língua inglesa «*attrition*») ou perda de acompanhamento (designado na literatura em língua inglesa «*loss/lost to follow up*» e pelo acrónimo LTFU). As definições consideradas para os mesmos são as seguintes:

- Retenção – confirmação de contactos com um prestador especializado de cuidados para a gestão da doença por VIH, considerados os medicamento necessários (Rowan *et al.*, 2014). Não foi definida previamente uma periodicidade elegível, devido à variabilidade encontrada na bibliografia e ausência de uma definição da mesma em Portugal;
- Perda de acompanhamento – não cumprimento dos parâmetros definidos para a retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados;

- “Atrito” – considera, de uma forma mais abrangente, a não retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais, incluindo os casos de perda de acompanhamento, morte ou falha no tratamento (Krumme *et al.*, 2015).

Para qualquer dos termos anteriores, considera-se que a medida de análise terá de compreender a determinação da presença ou ausência em consultas clínicas e/ou a realização de análises laboratoriais específicas para a infeção por VIH (valores de linfócitos T CD4<sup>+</sup> ou carga vírica). A utilização da medição exclusiva do cumprimento de levantamento de terapêutica foi considerada redundante em relação à etapa seguinte do *continuum* dos cuidados para a infeção por VIH, isto é, o tratamento com TARc, pelo que se excluiu desta análise. Pela mesma razão, também se excluíram os artigos que apenas avaliavam a retenção ao tratamento com TARc.

Foram rejeitados todos os artigos cujo indicador de resultado não fosse a retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais, como, por exemplo, a mortalidade ou a progressão da doença, ou que se focassem na retenção a outros tipos de tratamentos, a estudos científicos ou a cuidados de saúde ambulatoriais, que não os direcionados para a infeção por VIH, como para as comorbilidades, dietética, higiene oral, ou outros.

### **3.1.5. Desenho do estudo**

Tendo em consideração que o objetivo desta investigação é analisar o contexto real da prestação de cuidados de saúde ambulatoriais especializados para a infeção por VIH, considerou-se que o desenho de estudo adequado seria o tipo observacional, quer fosse retrospectivo ou prospetivo. Assim, foram excluídos todos os estudos do tipo experimental ou quasi-experimental ou com metodologia qualitativa.

Dos estudos observacionais, consideram-se os seguintes (Centre for Reviews and Dissemination, 2009; Higgins e Green, 2011):

- Estudos de coortes – estudos em que um grupo de participantes é seguido ao longo de um determinado período de tempo e onde se avaliam as suas características, diferenciando os que apresentaram posteriormente um determinado resultado dos que não o apresentaram. Podem ser prospetivos ou retrospectivos;
- Estudos de caso-controlo – estudos retrospectivos em que se comparam pessoas da mesma população que apresentam um resultado com pessoas que não apresentam esse resultado e se estuda a associação entre resultado e exposições prévias;

- Séries de casos – estudos em que se descreve um número de casos expostos à mesma situação e o resultado associado, sem comparação com um grupo de controlo.

Foram também considerados os estudos do tipo misto, isto é, que apresentassem análises ou metodologias em paralelo com o estudo observacional, desde que se conseguisse separar adequadamente os resultados de cada uma.

Em geral, foram apenas considerados os estudos de investigação publicados em revistas científicas com revisão pelos pares, rejeitando-se todos os artigos de opinião, editoriais, livros, *posters*, resumos de apresentações científicas, artigos ainda não publicados, teses de mestrado ou teses de doutoramento. Devido à limitação temporal para a realização deste estudo não foram considerados os estudos ainda não validados cientificamente, por não se ter a oportunidade de analisar aprofundadamente os seus resultados.

Por outro lado, foi excluído uma “*Concise Communication*” e um “*Brief Report*”, pela reduzida dimensão da informação disponível nestes dois formatos.

### **3.1.6. Outros critérios**

Um dos fatores tidos em conta na seleção dos estudos em análise foi o idioma em que estavam redigidos. Devido a limites temporais e linguísticos, não foi possível analisar artigos escritos em línguas diferentes de inglês ou português pela incapacidade de realizar ou obter uma tradução adequada. Assim, foram eliminados os artigos encontrados em francês ou mandarim.

A constante inovação terapêutica e científica relacionada com esta área faz com que os estudos rapidamente se desatualizem e se desadequem. Para se selecionar a evidência científica o mais atual possível, considerou-se o período temporal para a data de publicação dos estudos analisados dos últimos cinco anos completos (de 2011 a 2015) e do início de 2016 até ao momento da pesquisa.

Por fim, após a aplicação de todos os critérios de elegibilidade definidos, só foram analisados os artigos aos quais se conseguiu aceder ao texto integral. Os restantes artigos encontravam-se inacessíveis fisicamente e com elevado custo associado à sua aquisição.



### 3.2. Estratégia de pesquisa

Para se obter o máximo de resultados válidos possíveis, foi realizada uma pesquisa bibliográfica em diferentes bases de dados científicas, mas não se obteve sucesso em todas. Em seguida, serão apresentadas apenas as estratégias de pesquisa utilizadas para as bases de dados onde se obteve resultados, que incluem as bases B-On, PubMed e *ScienceDirect* e o motor de pesquisa Google Acadêmico. Por outro lado, bases de dados como a *Web of Science* ou a Scielo não geraram nenhum resultado para esta investigação.

É de ressaltar que, devido à intenção de identificar todos os fatores condicionantes da retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados para a infecção por VIH, se decidiu realizar uma pesquisa mais abrangente, com menos especificidade, obtendo-se uma maior proporção de estudos irrelevantes, com o objetivo de aumentar a sensibilidade e abranger uma maior proporção de estudos relevantes (Uman, 2011). Também a *The Cochrane Collaboration* (Higgins e Green, 2011) distingue a pesquisa mais ampla da pesquisa mais restrita, sendo que a primeira pode exigir mais recursos, mas permite uma mais completa compreensão de um fenómeno e uma maior possibilidade de generalização dos resultados.

Através das pesquisas bibliográficas realizadas previamente, foi possível perceber que os termos utilizados nesta área de estudo são muito diversos e pouco normalizados. Por isso, houve a necessidade de definir claramente que os artigos identificados e selecionados deveriam incorporar especificamente duas áreas principais de investigação, nomeadamente a infecção por VIH e a retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais. Mesmo dentro do modelo do *continuum* dos cuidados para a infecção por VIH, houve a preocupação de não se confundir esta etapa com qualquer uma das outras, ou com a vinculação aos cuidados de saúde ambulatoriais, que pressupõe a ligação e a retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais conjuntamente.

Nalgumas bases de dados, como a PubMed, existe a possibilidade de selecionar termos MeSH (*Medical Subject Headings*), que indexam e catalogam a informação biomédica apresentada em determinadas bases de dados e facilitam a obtenção de artigos associados ao assunto em pesquisa. No entanto, dos termos principais predefinidos para esta pesquisa, apenas o termo HIV se encontra nessa lista. Este termo compreende igualmente *Human Immunodeficiency Virus; Immunodeficiency Virus, Human; Immunodeficiency Viruses, Human; Virus, Human Immunodeficiency;*

*Viruses, Human Immunodeficiency, Human Immunodeficiency Viruses; AIDS Virus; AIDS Viruses; Virus, AIDS; Viruses, AIDS; Acquired Immune Deficiency Syndrome Virus, ou Acquired Immunodeficiency Syndrome Virus.*

A ligação entre os termos de pesquisa foi realizada através dos operadores booleanos “AND”, “OR” e “NOT”. O operador “AND” seleciona os estudos que apresentem todos os termos descritos, enquanto o operador “OR” alarga a pesquisa a todos os artigos que contenham qualquer um dos termos. Por outro lado, o operador “NOT” exclui todos os artigos que contenham os termos enunciados.

Como as diferentes bases de dados têm especificidades próprias na realização das pesquisas bibliográficas, descrever-se-á o processo realizado em cada uma delas. A pesquisa foi sempre desenvolvida na opção «*Pesquisa Avançada*» por permitir delimitar mais adequadamente os termos de pesquisa. Sempre que a base de dados o permitiu, os termos foram pesquisados no assunto dos artigos, em vez de apenas no título ou no resumo, devido à maior especificidade que os termos chave apresentam em relação ao conteúdo dos artigos.

Antes de se utilizar qualquer uma das bases de dados, foi consultado o seu tutorial explicativo, para que, desta forma, se conseguisse obter o maior potencial possível de cada uma e realizar uma pesquisa o mais exata possível.

Na base de dados *B-On*, foram descritos os seguintes termos, sendo que SU representa assunto e TI representa título:

- SU HIV OR SU “HIV/AIDS” OR SU “HIV care” OR SU “HIV ambulatory care” OR SU “HIV infection” OR SU “people with HIV” OR SU “adults with HIV”
- AND (SU retention OR SU “retention in care” OR SU “care retention” OR SU “retention in HIV care” OR SU attrition OR SU “loss to follow up” OR SU “lost to follow up”)
- NOT TI pregnant NOT TI pregnancy NOT TI child NOT TI children NOT TI infant NOT TI adolescence NOT TI adolescent.

Foram realizadas as seguintes opções de pesquisa:

- Data de Publicação: 2011 a 2016
- Idioma: Inglês
- Tipos de Fontes: Revistas Académicas (excluindo-se os Livros)
- Geografia (dentro das possibilidades apresentadas): Europa, Inglaterra, Colorado, Baltimore, Washington (D.C.), Filadélfia, América do Norte, Nova

lorque, Boston, Austrália, Suíça, Rússia, Grã-Bretanha, Canadá e Estados Unidos da América (excluindo-se os países africanos, latino-americanos, China e Índia).

Apesar de a pesquisa referir 45 resultados, só estavam efetivamente gerados 43 resultados.

Na base de dados *PubMed*, utilizou-se termo MeSH “HIV”, e a restante pesquisa foi elaborada da seguinte forma:

- HIV [MeSH Terms]
- AND (retention [Title/Abstract] OR “retention in care” [Title/Abstract] OR “care retention” [Title/Abstract] OR “retention in HIV care” [Title/Abstract] OR attrition [Title/Abstract] OR “loss to follow up” [Title/Abstract] OR “lost to follow up” [Title/Abstract])
- NOT pregnancy [Title] NOT mother [Title] NOT child [Title] NOT children [Title] NOT infant [Title] NOT adolescence [Title] NOT adolescent [Title] NOT pregnant [Title]
- NOT intervention [Title] NOT strategy [Title]

Foram realizadas as seguintes opções de pesquisa:

- Data de Publicação: últimos cinco anos
- Espécies: Humanos.

Obteve-se um total de 185 resultados.

Na base de dados *ScienceDirect* foram obtidos três resultados através da pesquisa dos seguintes termos:

- HIV OR “HIV/AIDS” OR “HIV care” OR “HIV ambulatory care” OR “HIV infection” OR “people with HIV” OR “adults with HIV”, nas palavras-chave
- Retention OR “retention in care” OR “care retention” OR “retention in HIV care” OR attrition OR “loss to follow up” OR “lost to follow up”, nas palavras-chave.

As opções de pesquisa escolhidas foram:

- Refinar a pesquisa: *Journals* (em oposição a Livros)
- Período: 2011 a 2016.

Por fim, no motor de busca *Google Académico*, não estando disponíveis todas as opções de refinamento da pesquisa, selecionaram-se os seguintes termos:

- Com todas as palavras: HIV
- Com pelo menos uma das palavras: retention attrition “loss to follow up” “lost to follow up”
- Sem as palavras: mother pregnancy pregnant young child children infant adolescence adolescent
- Ocorrência das minhas palavras: no título do artigo
- Devolver artigos com datas entre: 2011 e 2016.

Foi retirada a seleção da opção “incluir citações” e, no final, a pesquisa revelou 437 resultados, mas só estavam efetivamente gerados 420 resultados.

Toda a pesquisa bibliográfica foi realizada entre 26 e 30 de setembro de 2016.

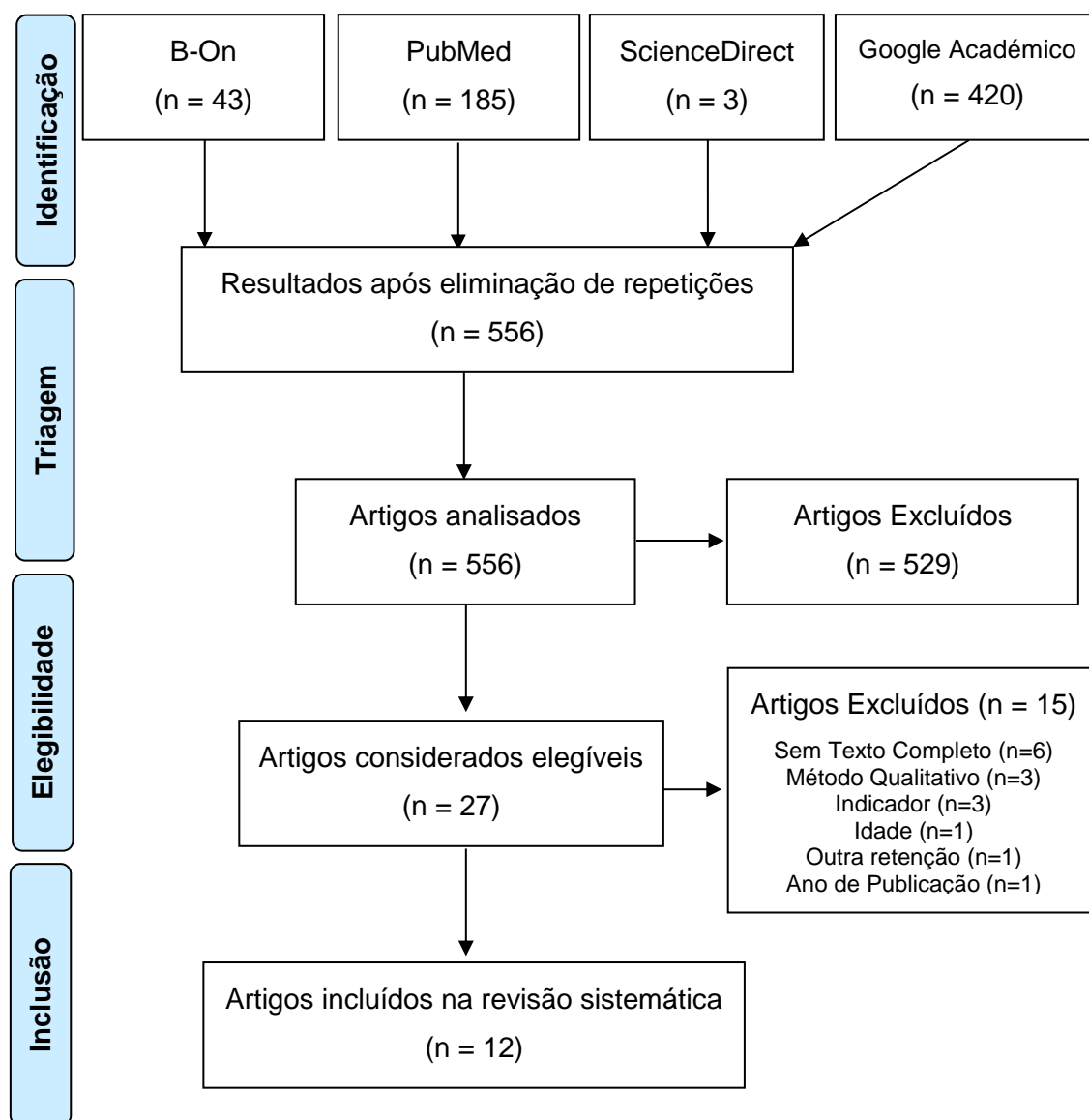
Na Figura 5, é apresentado o fluxograma de informação do processo de apuramento dos artigos pertinentes para este projeto de investigação.

Após a reunião do conjunto de resultados válidos, foi realizada uma primeira eliminação de todos os artigos repetidos, tendo-se excluído 95 artigos.

Foram analisados os títulos e resumos dos artigos restantes e, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão apresentados previamente, rejeitaram-se 529 artigos.

Para os restantes 27 artigos, foi examinado o texto completo, quando disponível, sendo que ainda houve lugar à eliminação de 15 artigos. Excluíram-se seis artigos cujo texto integral não estava acessível, três estudos cuja metodologia era qualitativa, três estudos cujo resultado final não era a retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais (um focava-se na mortalidade, outro na supressão virológica e outro na localização geográfica dos doentes), um estudo com data de publicação anterior a 2011, outro que incluía todas as pessoas diagnosticadas com infeção por VIH, independentemente da idade, não se conseguindo distinguir a população adulta da população pediátrica, e, por fim, um artigo que se debruçava sobre a retenção a um estudo científico.

Não foram adicionados nenhuns dos estudos referidos na bibliografia dos artigos analisados por já fazerem parte do conjunto final obtido, por não corresponderem ao período de publicação ou por serem realizados em países em desenvolvimento.



**Figura 5:** Fluxograma de informação das diferentes etapas da revisão sistemática da literatura  
n – número total de artigos.  
Baseado e adaptado de Moher *et al.*, 2009.

### 3.3. Estratégia de análise dos artigos

O processo de extração de dados é a ponte entre o que é apresentado pelos autores primários e o que é analisado na revisão sistemática (Higgins e Deeks, 2011).

Após a definição dos critérios de seleção dos artigos a analisar, foi elaborado um quadro em programa *Excel* do Sistema Operativo *Microsoft Office Professional Plus* 2010 (Anexo A), com o resumo de todos os elementos que se pretendeu recolher em cada um dos artigos. Esta recolha abrangeu, quer o texto dos artigos, quer os quadros anexos.

Os dados recolhidos foram subdivididos nas seguintes categorias:

- “Características Gerais do Estudo”, com informações sobre os autores, ano de publicação e país onde o estudo foi desenvolvido;
- “Metodologia”, com o tipo de estudo, o contexto de realização do estudo, os critérios de inclusão e exclusão dos participantes, a fonte dos dados, a duração do acompanhamento e a definição e medição das variáveis em estudo;
- “Resultados”, com o tamanho da amostra, os valores de retenção nos cuidados de saúde e a determinação dos fatores associados positiva e negativamente à retenção nos cuidados de saúde e dos fatores sem associação estatística.

Os quadros com a coleção de dados também se encontram em anexo, exclusivamente devido à sua dimensão, se bem que se considera que a sua consulta é preponderante para a análise dos resultados deste projeto e deverá ser associada à leitura do restante trabalho.

### **3.4. Limitações metodológicas**

É através do conhecimento e consciencialização das limitações da análise metodológica de um estudo que se poderá garantir o mais apropriado exame e utilização dos resultados obtidos.

As normas de realização de revisões sistemáticas da literatura referem frequentemente a necessidade de haver mais do que um investigador a examinar os estudos e dados recolhidos para ultrapassar dúvidas, divergências de opinião e vieses de análise. No entanto, devido ao carácter individual da elaboração de uma dissertação de mestrado, todos os procedimentos efetuados neste projeto foram realizados e desenvolvidos pela autora, com a validação, quando solicitada, por parte da equipa de orientação. Por outro lado, devido a esta limitação, decidiu-se analisar apenas artigos publicados em revistas científicas e, consequentemente, validados previamente por investigadores científicos, evitando assim artigos cuja validade interna fosse baixa.

Outra recomendação para a realização de revisões sistemáticas da literatura prevê o estabelecimento de contactos com os autores dos estudos analisados, sempre que surjam dúvidas a esclarecer sobre os dados apresentados. A limitação temporal para a realização desta dissertação também não permitiu proceder a este tipo de contactos. No entanto, foram pesquisados e analisados todos os artigos indicados

pelos autores como tendo informações adicionais sobre a metodologia desenvolvida. Se, por um lado, não se consegue analisar tão profundamente os dados obtidos nas investigações, pela ausência de informação complementar, por outro lado, consegue-se identificar as dificuldades encontradas na análise dos dados apresentados em cada artigo, do ponto de vista do leitor.

A análise dos artigos também deveria incluir uma avaliação da sua qualidade, através das características metodológicas apresentadas, e determinar a consequente força e importância dos resultados obtidos. Os dados recolhidos nos artigos estão descritos e podem ser consultados nos Anexos C e D. No entanto, como não foi possível realizar esta avaliação, foi dado o mesmo valor aos resultados de todos os artigos, mesmo tendo em conta que apresentaram diferentes tamanhos de amostra e metodologias.

Como referido anteriormente neste capítulo, a escolha por uma pesquisa mais ampla, com menos restrições e especificidade na definição dos termos de pesquisa, implicou uma maior disponibilidade temporal para analisar um volume superior de dados obtidos. Todavia, ainda existem muitas incoerências e divergências na definição dos termos principais associados à temática da retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais, segundo o modelo do *continuum* dos cuidados para a infeção por VIH, não estando sequer nenhum termo definido como MeSH, o que poderia ter permitido uma maior sensibilidade na identificação dos artigos analisados. Esta estratégia pretendeu, assim, minimizar o risco de não identificação de artigos relevantes para esta análise e limitar os resultados obtidos.

### **3.5. Considerações éticas**

Devido ao desenho de estudo desta dissertação, não houve necessidade de aceder a dados pessoais e identificativos de doentes ou profissionais de saúde, pelo que não foi necessário recorrer a mecanismos de proteção de dados ou solicitar autorizações para consulta.

No entanto, para todos os artigos analisados foi confirmada a referência à aprovação do estudo por uma comissão de ética, ou a obtenção de consentimento livre e esclarecido por parte dos participantes dos estudos.

De qualquer forma, não se descarta o facto de se estar a avaliar e discutir não só dados de saúde, como o resultado do trabalho de investigadores que empenharam o

seu tempo e dedicação na análise e na elaboração do artigo correspondente. Por isso, para se respeitar o princípio da fidelidade aos autores, todos os dados transcritos e as informações recolhidas foram devidamente contextualizados e identificados, de modo a garantir o sentido dado pelos autores e evitar associações de ideias de forma errónea à autora deste projeto.

Finalmente, está salvaguardada a inexistência de qualquer ligação entre a autora deste trabalho e os autores dos artigos analisados ou outras entidades envolvidas no seu desenvolvimento, pelo que não existem conflitos de interesse patentes nesta dissertação.



## **4. RESULTADOS**

Após a análise de todos os artigos identificados na pesquisa bibliográfica e a aplicação dos critérios de elegibilidade e de exclusão, foi obtido um conjunto final válido de 12 artigos.

Para realizar a apresentação dos dados recolhidos nestes artigos, dividiu-se este capítulo em três partes. Inicialmente, expõem-se resumidamente as características gerais dos estudos e de seguida, descrevem-se as suas componentes metodológicas, terminando-se com a apresentação dos principais resultados obtidos pelas diferentes equipas de investigação. A apresentação dos fatores avaliados nos diferentes artigos foi desagregada em termos demográficos, clínicos, sociais e outros, mencionando-se apenas os resultados cuja significância estatística foi possível determinar. As informações que serão apresentadas correspondem às recolhidas segundo o quadro de extração de dados formulado, que se apresenta no Anexo A.

Para facilitar a leitura deste capítulo e não fragmentar o texto, os quadros preenchidos com o resumo dos dados recolhidos nos diferentes estudos também foram colocados em anexo. Desta forma, poder-se-á igualmente comparar a informação do texto com a dos quadros, simultaneamente. Ao longo do texto são referenciados e identificados os anexos correspondentes à informação em análise.

Nem todos os dados descritos neste texto estão representados nos gráficos que os acompanham, tendo-se selecionado para as figuras apenas os dados principais.

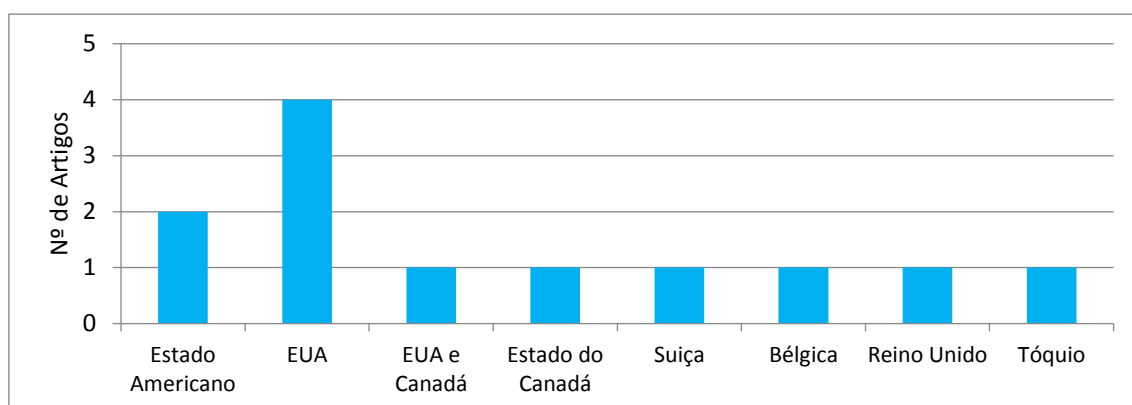
### **4.1. Características gerais dos estudos**

Os 12 artigos finais correspondem a igual número de estudos, não havendo mais do que um artigo a utilizar a mesma base de dados para recolha e análise das características das pessoas incluídas nessas bases.

No Anexo B, apresentam-se os dados identificadores de cada artigo analisado. A ordenação dos artigos corresponde exclusivamente à sua sequência de aparição ao longo da pesquisa bibliográfica.

Pela opção de estudar o fenómeno da retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados para a infeção por VIH em países desenvolvidos, os artigos selecionados correspondem unicamente a países incluídos nessa definição, como é possível verificar na Figura 6. Assim, os estudos concentram-se sobretudo no

continente americano (oito artigos em 12), seguido do continente europeu (com três artigos) e do continente asiático, com um artigo realizado em Tóquio, no Japão.



**Figura 6:** Distribuição do conjunto dos artigos pelo respectivo país de realização (n=12)

Relativamente ao ano de publicação, existe pelo menos um artigo por cada ano do período de pesquisa (entre 2011 e 2016), sendo metade do conjunto dos primeiros três anos e a outra metade dos últimos três anos.

## 4.2. Características metodológicas dos estudos

As principais características metodológicas dos artigos analisados encontram-se discriminadas no Anexo C, para confirmação dos dados expostos e informação complementar à apresentada.

Todos os estudos analisados são do tipo coorte. No entanto, nem todos os autores explicitam inteiramente o desenho de estudo escolhido. Apenas dois estudos, designadamente de Drainoni *et al.* (2015) e Blank *et al.* (2015), apresentam inequivocamente o seu desenho de estudo, sendo o primeiro um estudo de coorte retrospectivo e o segundo um estudo de coorte prospetivo. Já nos estudos de Althoff *et al.* (2013) e Elope *et al.* (2015), conseguem identificar-se as referências ao tipo de estudo (coorte prospetivo) mas não de forma clara.

Outros sete artigos especificam serem estudos de coorte, mas sem haver referência à sua vertente retrospectiva ou prospetiva. Estes foram categorizados através da análise do conteúdo da sua metodologia, tendo-se considerado todos como retrospectivos. No restante artigo, de Nishijima *et al.* (2013), apenas existe referência à realização de um estudo observacional mas, através da leitura do seu conteúdo, foi

classificado como estudo de coorte prospectivo. Resumidamente, neste conjunto de artigos existem oito estudos de coorte retrospectivos e quatro estudos de coorte prospectivos.

**Quadro 7:** Características gerais das populações que compõem os estudos em análise (n=12)

	Idade <sup>(a)</sup> ( $\bar{x}$ )	Sexo (%) Masc-Fem	Etnia (%)	Categoria de transmissão (%)
Fleishman <i>et al.</i> (2012)	40–49	72,3 – 27,7	Caucasiana – 26,8 Negra – 48,0 Hispanica – 21,4 Outras – 3,8	Hetero – 38,5 HSH – 37,4 UDI – 8,3 Outras – 15,7
Rebeiro <i>et al.</i> (2013)	42	83,4 – 16,6	Caucasiana – 37,9 Negra – 35,1 Hispanica – 9,5 Outras – 17,5	Hetero – 19,5 HSH – 33,3 UDI – 19,1 Outras – 28
Althoff <i>et al.</i> (2013)	43	67,6 – 32,4	Caucasiana – 15,8 Negra – 57,7 Hispanica – 23,4 Outras – 3,1	
Thierfelder <i>et al.</i> (2012)	36	69 – 31		Hetero – 42 HSH – 36 UDI – 18 Outras – 4
Tedaldi <i>et al.</i> (2014)	30–39	74,3 – 23,8	Caucasiana – 38,9 Negra – 43,9 Hispanica – 13,3 Outras – 4,0	Hetero – 36,3 HSH – 50,2 UDI – 6,5 Outras – 6,9
Nishijima <i>et al.</i> (2013)	36	93 – 7	Caucasiana – 2 Negra – 2 Hispanica – 1 Outras – 95	Hetero – 14 HSH – 79 UDI – 2 Outras – 5,1
Elopre <i>et al.</i> (2015)	33	82 – 18	Caucasiana – 37,3 Negra – 63,7	Hetero – 39,6 HSH – 60,4
Lourenço <i>et al.</i> (2016)	30–39	78 – 22		Hetero – 14 HSH – 28 UDI – 36 Outras – 22
Drainoni <i>et al.</i> (2015)	42	58 – 42	Caucasiana – 21 Negra – 55 Hispanica – 21 Outras – 2,5	Hetero – 48 HSH – 22 UDI – 18 Outras – 11,3
van Beekhoven <i>et al.</i> (2015)	34*	62,2 – 37,8		Hetero – 39,1 HSH – 27,0 UDI – 1,9 Outras – 32,1
Blank <i>et al.</i> (2015)	40,9	0 – 100	Negra – 66,1 Hispanica – 27,1 Outras – 6,8	
Rice <i>et al.</i> (2011)	Sem dados			

(<sup>a</sup>) Caso não haja referência à média de idade, apresenta-se a faixa etária com maior número de participantes. (\*) Corresponde à idade no momento do diagnóstico. Os espaços em branco refletem a ausência de dados nos artigos.

Masc-Fem – proporção de pessoas do sexo masculino e do sexo feminino; Hetero – heterossexual; HSH – homens que têm relações sexuais com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas.

Em termos da população analisada em cada estudo, todos os indivíduos que a compõem têm infecção por VIH diagnosticada. A maioria dos estudos foca-se na população geral, havendo apenas dois estudos, os de Althoff *et al.* (2013) e Blank *et al.* (2015), que se restringem a subgrupos da população, analisando o primeiro um conjunto de pessoas que estiveram detidas (com penas inferiores a um ano ou a aguardar decisões judiciais) e o outro as mulheres não caucasianas.

No Quadro 7, descrevem-se os valores médios das características gerais das diferentes populações. A média de idades em todos os estudos regista-se abaixo dos 50 anos. Com exceção do estudo de Blank *et al.* (2015), que examina exclusivamente uma população de mulheres, em todos os outros, o sexo masculino é predominante. Em termos de etnia, refere-se principalmente o estudo de Nishijima *et al.* (2013), pela proporção da opção *Outras*, que corresponde a Japoneses e Asiáticos, devido ao contexto onde o estudo é realizado. No estudo de Rice *et al.* (2011), não são fornecidos quaisquer dados de caracterização da população selecionada.

Para a obtenção dos dados analisados nos diferentes estudos, sete recorreram a bases de dados já elaboradas, três estudos utilizaram registos médicos (Fleishman *et al.*, 2012; Althoff *et al.*, 2013, e Tedaldi *et al.*, 2014) e dois estudos recorreram a colheitas complementares de informação através de entrevistas (Nishijima *et al.*, 2013) ou entrevistas e questionários (Elopre *et al.*, 2015).

O principal fator de inclusão em qualquer dos estudos analisados é a existência de diagnóstico confirmado de infecção por VIH. Outros critérios definidos estão mais relacionados com o objetivo de estudo de cada artigo e os dados em que se basearam. Por exemplo, para Rice *et al.* (2011), a população adulta compreende pessoas com idade igual ou superior a 15 anos e, para Rebeiro *et al.* (2013), Lourenço *et al.* (2016) e Blank *et al.* (2015), todos os participantes deveriam ter uma ligação prévia aos cuidados de saúde mínima de 12 meses.

Por outro lado, vários artigos referem a exclusão de participantes por óbito ou transferência de instituição de prestação de cuidados durante o período do estudo, ou confirmação de acompanhamento especializado prévio ao período de análise. Apenas dois artigos referem a exclusão de doentes por recusa de participação no estudo, designadamente, os de Thierfelder *et al.* (2012) e Nishijima *et al.* (2013).

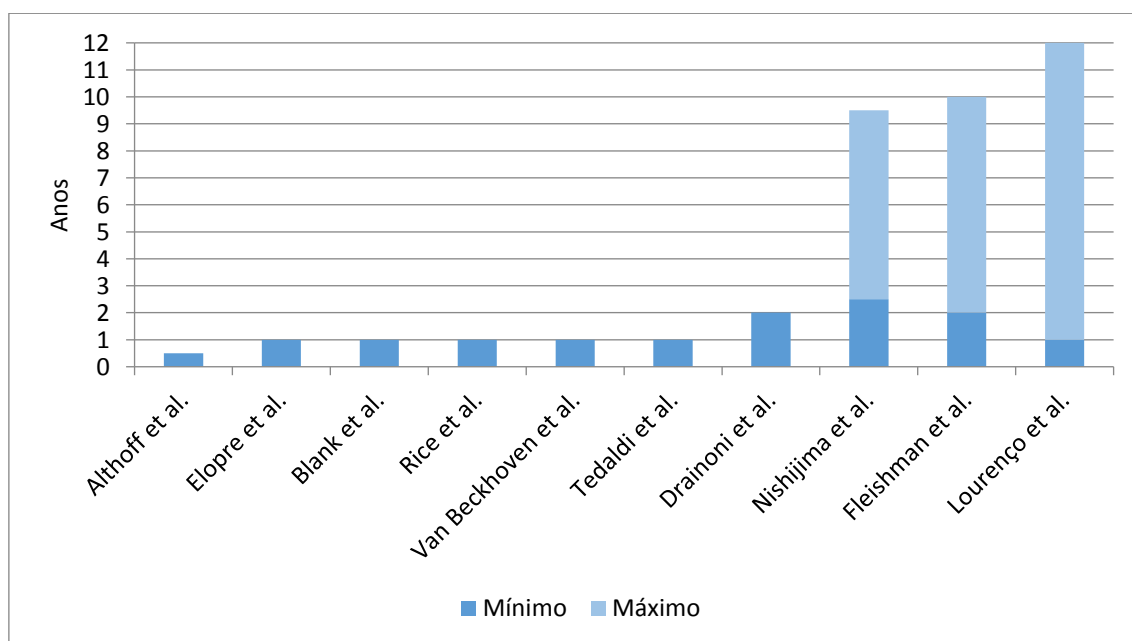
Uma das principais diferenças encontradas na seleção da população de estudo está relacionada com o tempo desde o diagnóstico. Em quatro dos 12 estudos, foram utilizados os dados de todas as pessoas infetadas por VIH (Althoff *et al.*, 2013; van Beckhoven *et al.*, 2015; Blank *et al.*, 2015, e Rice *et al.*, 2011), enquanto nos restantes

oito estudos, selecionaram-se apenas os participantes recém-ligados aos cuidados de saúde, sendo essa ligação o marco de início do estudo (Fleishman *et al.*, 2012; Rebeiro *et al.*, 2013; Thierfelder *et al.*, 2012; Tedaldi *et al.*, 2014; Nishijima *et al.*, 2013; Elopre *et al.*, 2015; Lourenço *et al.*, 2016, e Drainoni *et al.*, 2015).

A duração do acompanhamento de cada caso clínico foi bastante variável e nem sempre explicitada na metodologia de cada artigo. Alguns dos artigos definiram um período mínimo e máximo de acompanhamento, enquanto outros artigos definiram um período fixo para cada análise (Figura 7).

Drainoni *et al.* (2015) definiram um período fixo de 24 meses para o acompanhamento das pessoas com infecção por VIH, enquanto Althoff *et al.* (2013) acompanharam os participantes durante seis meses. Para os autores que definiram um período fixo de 12 meses, salienta-se Rice *et al.* (2011), por terem selecionado o último ano de acompanhamento, enquanto os outros autores optaram pelo primeiro ano.

Em dois artigos, os de Rebeiro *et al.* (2013) e Thierfelder *et al.* (2012), não existe referência ao período de acompanhamento de cada caso clínico, quer mínimo, quer máximo.



**Figura 7:** Período máximo e mínimo de acompanhamento de cada caso clínico (n=10)

Identificou-se igualmente uma grande variabilidade na seleção e definição das variáveis de resultado para cada artigo. Em oito dos 12 artigos, o principal resultado

analisado foi a retenção nos cuidados de saúde. Os restantes quatro artigos focam-se na perda de acompanhamento, através da definição de não retenção (Drainoni *et al.*, 2015) ou de LTFU (Thierfelder *et al.*, 2012; Nishijima *et al.*, 2013, e Rice *et al.*, 2011).

Os três estudos que utilizam LTFU apresentaram a mesma definição, isto é, o registo de um período superior a 12 meses desde o último contacto com a instituição de saúde. Já a não retenção (Drainoni *et al.*, 2015) foi descrita como um período entre visitas superior a 180 dias.

Cinco artigos que usaram a retenção nos cuidados de saúde caracterizaram-na como a confirmação de dois ou mais contactos num período de 12 meses, sendo que entre cada contacto deveria espaçar-se mais de 90 dias (Fleishman *et al.*, 2012; Rebeiro *et al.*, 2013; Tedaldi *et al.*, 2014; Lourenço *et al.*, 2016, e Blank *et al.*, 2015). Para Eloppe *et al.* (2015), a retenção corresponde a comparecer a todos os agendamentos pelo menos durante 180 dias nos últimos 12 meses. Já van Beckhoven *et al.* (2015) apenas referem a confirmação do registo de, pelo menos, uma análise laboratorial no ano de acompanhamento.

Althoff *et al.* (2013) pormenorizaram o conceito de retenção, subdividindo-o em três, tendo sido o último parâmetro a ser utilizado para a continuação da análise dos resultados desse artigo:

- Retenção precoce – primeiro contacto com a instituição entre zero e 90 dias após a libertação da prisão;
- Retenção tardia – primeiro contacto com a instituição entre 91 e 180 dias, após a libertação da prisão;
- Retenção sustentada – confirmação de dois contactos com a instituição, espaçadas por 90 dias, num período de seis meses.

Excetuando Drainoni *et al.* (2015), todos os outros estudos americanos utilizaram como variável de resultado a retenção nos cuidados de saúde. Por outro lado, todos os estudos não americanos recorreram à variável LTFU, com exceção de van Beckhoven *et al.* (2015).

A unidade de medida utilizada para determinar a variável resultado também não foi consensual. Assim, a visita clínica foi utilizada em exclusivo em três dos 12 artigos (Fleishman *et al.*, 2012; Tedaldi *et al.*, 2014, e Drainoni *et al.*, 2015), enquanto noutros três estudos foi utilizado unicamente o registo de avaliação laboratorial da infeção por VIH (Rebeiro *et al.*, 2013; Althoff *et al.*, 2013, e van Beckhoven *et al.*, 2015). Lourenço *et al.* (2016) utilizaram qualquer registo disponível, quer fosse consulta clínica, análise

laboratorial ou levantamento de terapêutica. Os restantes cinco artigos não explicitam a unidade de medição utilizada, referindo-se apenas a visitas, o que não foi considerado suficiente para determinar se cada visita correspondia a uma consulta clínica ou a outro tipo de contacto com a instituição de saúde (Thierfelder *et al.*, 2012; Nishijima *et al.*, 2013; Elopre *et al.*, 2015; Blank *et al.*, 2015, e Rice *et al.*, 2011).

De mencionar que alguns artigos desenvolveram em paralelo outro tipo de investigação. Assim, Fleishman *et al.* (2012) e Drainoni *et al.* (2015) também determinam os fatores que afetam a ligação aos cuidados de saúde, Blank *et al.* (2015) avaliam os condicionantes da supressão virológica e van Beckhoven *et al.* (2015) realizam uma análise de todas as etapas do *continuum* dos cuidados para a infeção por VIH. Rebeiro *et al.* (2013) analisam igualmente um conceito mais abrangente – «*churn*» –, que representa o movimento de entrada, saída e reentrada das pessoas com infeção por VIH nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados para a infeção por VIH.

#### 4.3. Descrição dos resultados dos estudos

Os principais resultados obtidos pelos estudos analisados neste projeto de investigação remeteram-se à dimensão da amostra populacional, à determinação dos valores de retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados das pessoas com infeção por VIH e à descrição dos fatores para os quais foi definida uma relação estatística com a retenção nos cuidados de saúde. Estes dados encontram-se sumarizados no Anexo D, onde se apresenta para cada artigo a divisão dos fatores analisados em relação à associação com a retenção nos cuidados de saúde, ou seja, se essa relação é positiva, negativa ou não significativa.

**Quadro 8:** Dimensão da amostra e percentagem de retenção nos cuidados de saúde (n=12)

	Fleishman <i>et al.</i>	Rebeiro <i>et al.</i>	Althoff <i>et al.</i>	Thierfelder <i>et al.</i>	Tedaldi <i>et al.</i>	Nishijima <i>et al.</i>	Elopre <i>et al.</i>	Lourenço <i>et al.</i>	Drainoni <i>et al.</i>	Van Beckhoven <i>et al.</i>	Blank <i>et al.</i>	Rice <i>et al.</i>
<b>Amostra (n)</b>	22.984	61.438	867	7.840	1.441	1.208	508	5.231	485	11.669	587	72.218
<b>Retenção (%)</b>	42,6	75	38	79,1	85	90,8	66	90	27	92,2	83	89,8

Quer a dimensão final da amostra populacional, quer o valor calculado para a retenção nos cuidados de saúde em cada estudo estão resumidos no Quadro 8.

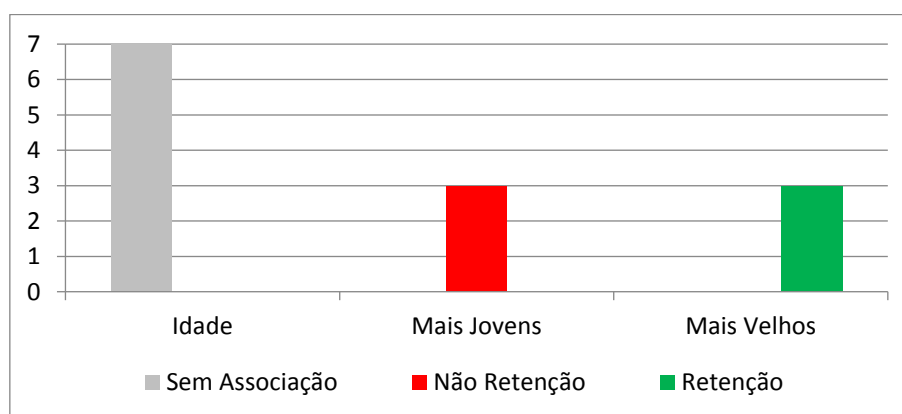
A dimensão das amostras varia entre 485 pessoas a 72.218 pessoas, sendo a média dos valores de cerca de 15.540 pessoas. As discrepâncias são tão grandes que quatro amostras são inferiores a 1000 participantes e quatro amostras são superiores a 10.000 elementos, sendo duas destas compostas por perto de 70.000 pessoas.

Em relação aos valores da retenção nos cuidados de saúde, importa referir que nalguns estudos foi necessário converter os valores de não retenção ou perda de acompanhamento para retenção, pois estes últimos não eram explicitamente apresentados. No entanto, esta correspondência poderá não ser tão direta, mediante a definição apresentada pelos autores para as variáveis de resultado.

As percentagens calculadas para a retenção nos cuidados de saúde variaram entre 27% e 92,2%. Em três dos 12 estudos, os valores encontram-se perto ou abaixo dos 40% (Fleishman *et al.*, 2012; Althoff *et al.*, 2013, e Drainoni *et al.*, 2015) e os restantes oito estudos determinaram retenções acima de 65%.

#### 4.3.1. Fatores demográficos

Os principais fatores demográficos analisados pelos diferentes artigos foram a idade, o sexo, a etnia e a escolaridade dos participantes.



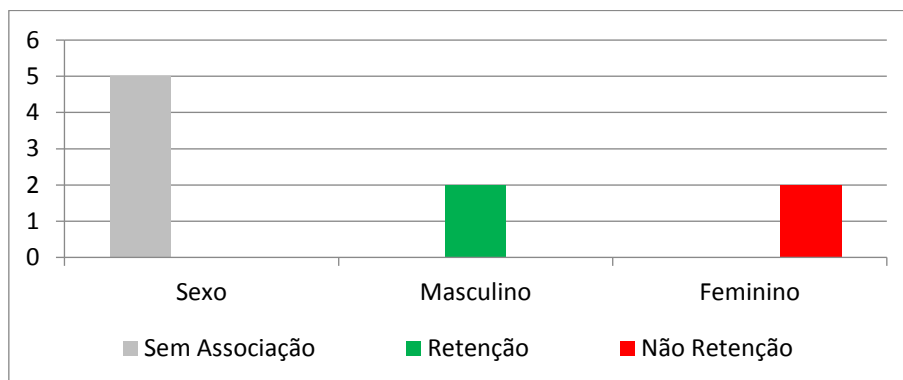
**Figura 8:** Associação entre a idade e a retenção nos cuidados de saúde (n=11)

Em termos de idade, sete estudos não encontraram relação estatística com a retenção nos cuidados (Figura 8). Os que a encontraram verificaram que as idades mais jovens estão relacionadas com uma pior retenção (Rebeiro *et al.*, 2013; Nishijima *et al.*, 2013, e Rice *et al.*, 2011) e que os doentes mais velhos apresentam maior



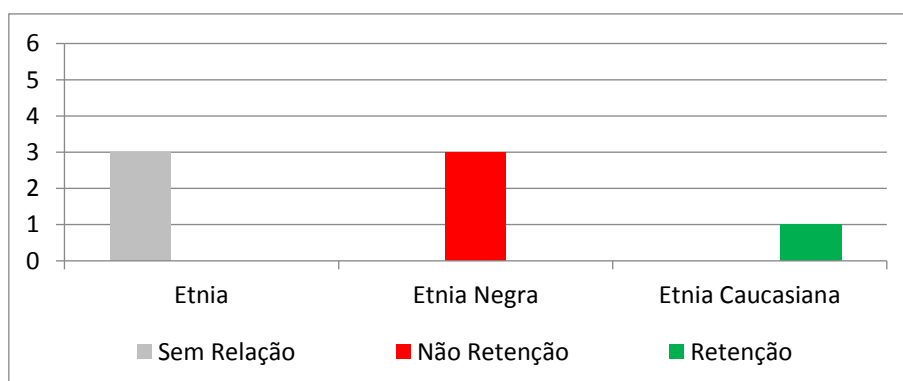
retenção (Fleishman *et al.*, 2012; Rebeiro *et al.*, 2013, e Nishijima *et al.*, 2013).

Para a variável sexo, a situação é semelhante (Figura 9). Apesar de a maioria dos estudos não encontrar associação estatística com a retenção nos cuidados de saúde, quando esta existe, o sexo masculino encontra-se exclusivamente associado a retenção (Althoff *et al.*, 2013, e Lourenço *et al.*, 2016) e o sexo feminino a maior risco de não retenção (van Beckhoven *et al.*, 2015, e Rice *et al.*, 2011).



**Figura 9:** Associação entre o sexo e a retenção nos cuidados de saúde (n=9)

Os autores analisados subdividem a variável etnia em três principais categorias, nomeadamente, a etnia negra (ou, em contextos mais específicos, afroamericana), a etnia caucasiana e a etnia hispânica (esta por vezes referenciada pelos autores como etnia não negra e não caucasiana). A etnia negra foi associada a um maior risco de não retenção e a etnia caucasiana a uma maior retenção nos cuidados de saúde (Tedaldi *et al.*, 2014), como se verifica na Figura 10.



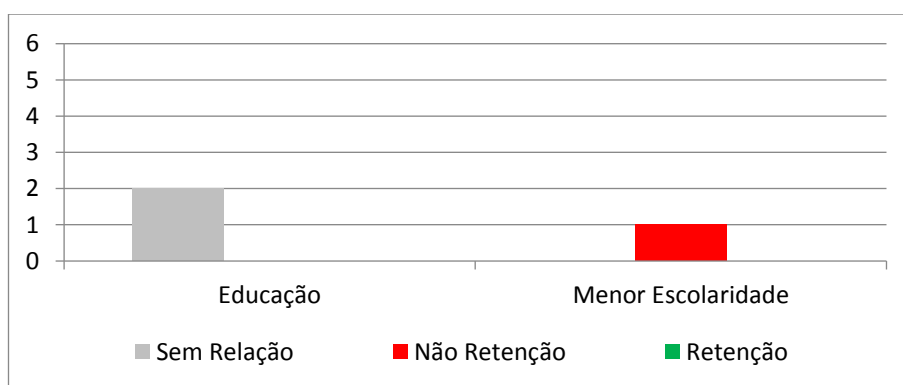
**Figura 10:** Associação entre a etnia e a retenção nos cuidados de saúde (n=7)

No estudo de Rice *et al.* (2011), é estabelecida a associação entre maior risco de

não retenção e a variável outras etnias (que não compreende as três categorias referidas acima). Igualmente em Tedaldi *et al.* (2014) se identifica uma associação negativa entre a etnia não caucasiana (que inclui as outras etnias) e a retenção.

O estudo de Thierfelder *et al.* (2012) estabeleceu uma relação entre sexo e nacionalidade e a retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados para a infecção por VIH, tendo concluído que os homens provenientes de todas as regiões, excetuando do sudeste asiático e do ocidente norte, tal como as mulheres da África subsariana, têm um maior risco de não retenção. Em termos de nacionalidade, também Rice *et al.* (2011) encontraram uma associação negativa entre a retenção nos cuidados de saúde e as pessoas infetadas provenientes de África e da restante Europa, e Rebeiro *et al.* (2013) com a nacionalidade americana, em oposição à canadiana. Os nacionais (Nishijima *et al.*, 2013), ao contrário dos imigrantes (van Beckhoven *et al.*, 2015), apresentam maior retenção nos cuidados de saúde. Estar nos EUA há mais de cinco anos também conferiu uma maior associação com a retenção, entre imigrantes (Blank *et al.*, 2015).

A variável escolaridade foi analisada num menor número de estudos (três), tendo havido apenas um artigo (Thierfelder *et al.*, 2012) que identificou uma relação negativa estatisticamente significativa entre um menor nível de escolaridade (correspondente ao término da escolaridade obrigatória, no máximo) e a retenção nos cuidados de saúde (Figura 11).

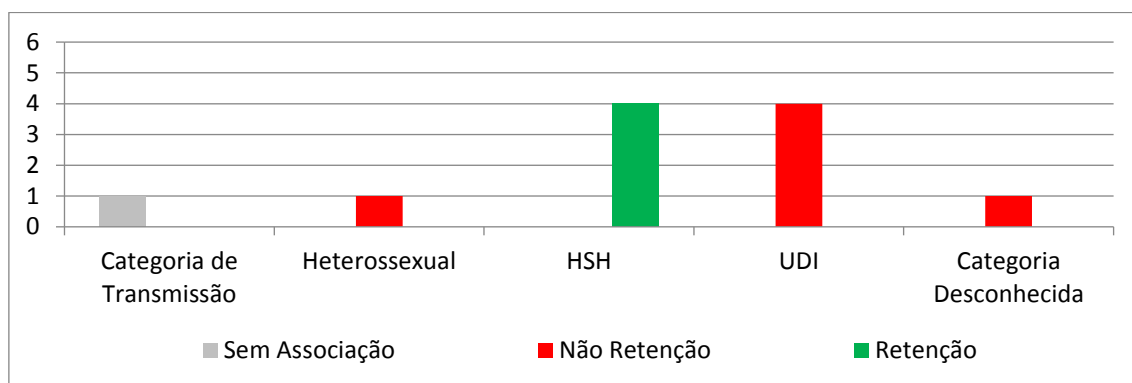


**Figura 11:** Associação entre a escolaridade e a retenção nos cuidados de saúde (n=3)

#### 4.3.2. Fatores clínicos associados à infecção por VIH

Os fatores clínicos relacionados com a infecção por VIH identificados foram sobretudo as categorias de transmissão da doença, os valores de linfócitos T CD4<sup>+</sup> e de carga vírica e o tratamento com TARc.

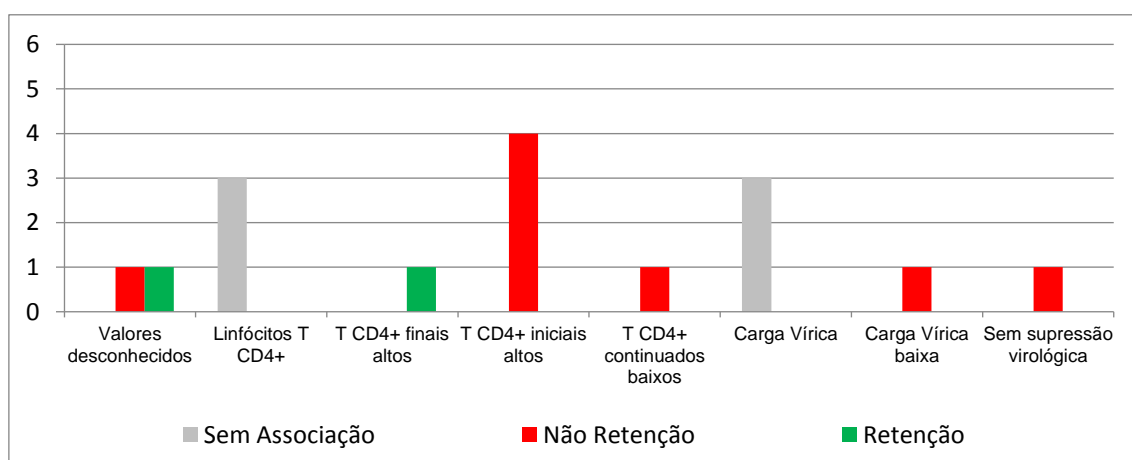
As principais categorias de transmissão são o sexo heterossexual, os HSH e os UDI. Para os estudos que encontraram relação estatística, os HSH foram sempre associados a retenção e os UDI a maior risco de não retenção. No estudo de Drainoni *et al.* (2015), identificou-se o desconhecimento da via de transmissão como um fator de risco para a retenção nos cuidados (Figura 12). Lourenço *et al.* (2016) confirmam que conhecer a categoria de transmissão está relacionado com uma maior retenção.



**Figura 12:** Associação entre a categoria de transmissão e a retenção nos cuidados de saúde (n=8)

Em termos de comportamento sexual, os homens heterossexuais têm um maior risco de não retenção nos cuidados de saúde (Elopre *et al.*, 2015).

Os valores laboratoriais de controlo da doença relacionam-se com a evolução do número de linfócitos T CD4<sup>+</sup> e de carga vírica. No entanto, não só existe um menor número de estudos que avaliem estes parâmetros, como estes valores apresentam uma relação mais ambígua com a retenção nos cuidados de saúde (Figura 13).

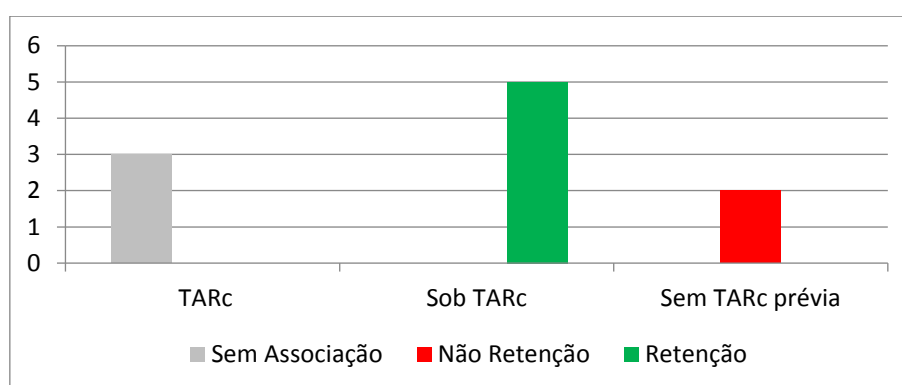


**Figura 13:** Associação entre valores laboratoriais e a retenção nos cuidados de saúde (n=9)

Assim, verifica-se que quer as pessoas apresentem valores iniciais de linfócitos T CD4<sup>+</sup> altos, quer continuamente baixos, ambos se relacionam com um maior risco de não retenção. Do mesmo modo, apresentar valores iniciais baixos de carga vírica ou não apresentar supressão virológica também se associa negativamente à retenção.

O desconhecimento dos valores laboratoriais dos doentes no momento inicial do acompanhamento tanto foi associado com a retenção (Drainoni *et al.*, 2015) como com a não retenção (Tedaldi *et al.*, 2014).

Já o tratamento com TARc apresenta maior consenso (Figura 14). Estar sob tratamento com TARc ou iniciar TARc aquando do início do acompanhamento clínico apresentou uma associação estatística positiva com a retenção nos cuidados de saúde. Nunca ter realizado tratamento com TARc previamente apresentou maior risco de não retenção (Rebeiro *et al.*, 2013).



**Figura 14:** Associação entre tratamento com TARc e a retenção nos cuidados de saúde (n=9)

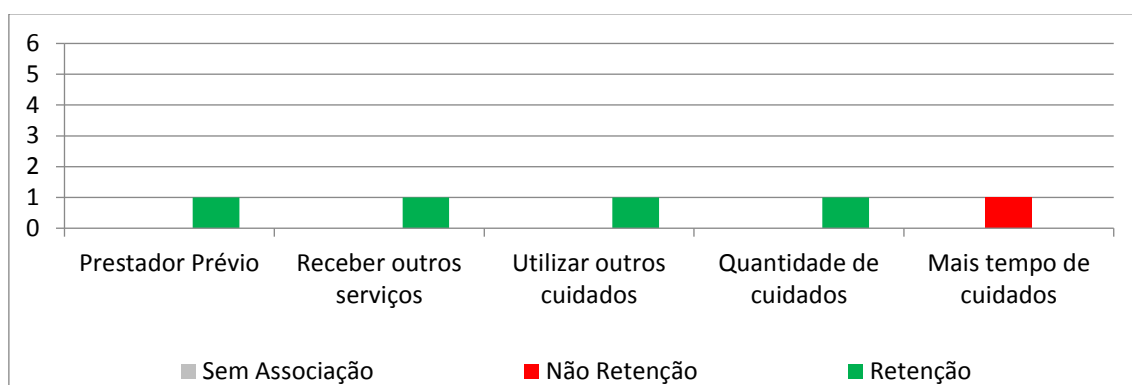
#### 4.3.3. Outros fatores clínicos

Foram considerados fatores clínicos não associados diretamente com a infeção por VIH a utilização de cuidados de saúde ambulatoriais, especializados para a infeção por VIH ou não (Figura 15), e a presença de outras patologias/comorbilidades (Figura 16).

Ter um prestador especialista em VIH prévio e regular ou receber outros serviços de saúde para além do acompanhamento clínico para a infeção por VIH (como o controlo de outras comorbilidades) são fatores associados a retenção nos cuidados de saúde. Do mesmo modo, utilizar regularmente outros cuidados de saúde ambulatoriais predispõe aparentemente para uma maior retenção nos cuidados de saúde. Em termos do número de cuidados utilizados, Lourenço *et al.* (2016) identificaram que a utilização de três tipos de cuidados de saúde ambulatoriais estava associada a

retenção, mas a utilização de menos ou mais do que esse valor não apresentava relevância estatística.

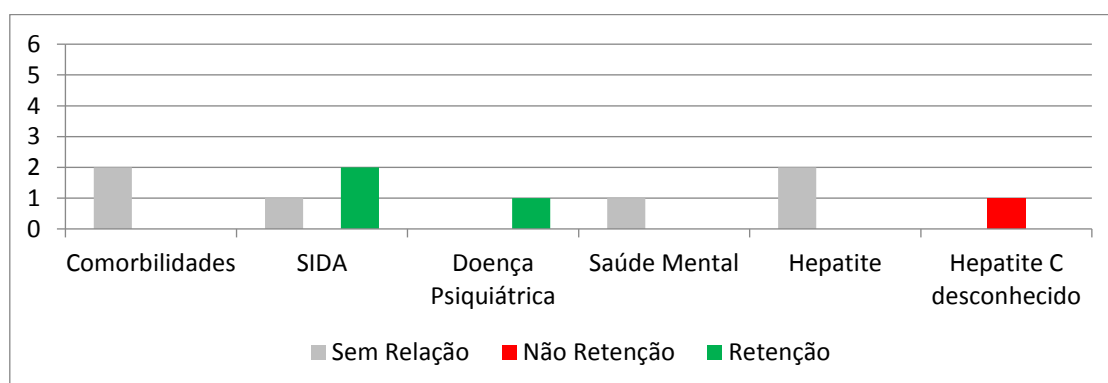
No entanto, pessoas com maior tempo de acompanhamento de cuidados ambulatoriais especializados para a infecção por VIH foram associadas a maior risco de não retenção nos cuidados de saúde (Rebeiro *et al.*, 2013).



**Figura 15:** Associação entre a utilização dos cuidados e a retenção nos cuidados de saúde

As pessoas com diagnóstico de infecção por VIH há mais de um ano têm uma associação positiva com a retenção nos cuidados de saúde (van Beckhoven *et al.*, 2015), em oposição às pessoas com diagnóstico mais recente (Rice *et al.*, 2011).

A confirmação do diagnóstico de SIDA foi associada a retenção nos cuidados de saúde, exceto no estudo de Drainoni *et al.* (2015), onde não se verificou relevância estatística (Figura 16). A presença da maioria das outras comorbilidades, incluindo as doenças sexualmente transmissíveis (DST), não foi associada a retenção (Drainoni *et al.*, 2015), à exceção da doença psiquiátrica, que apresentou associação positiva (Drainoni *et al.*, 2015), e do desconhecimento da infecção por vírus da Hepatite C (VHC), com associação negativa (Lourenço *et al.*, 2016).



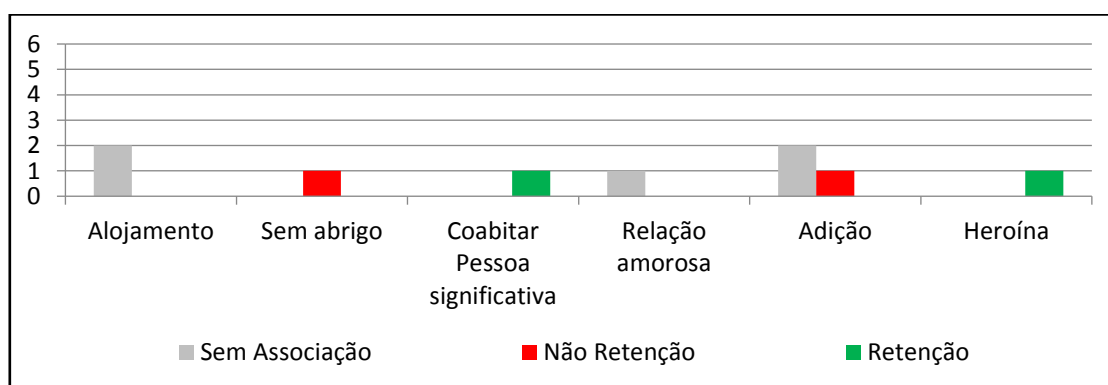
**Figura 16:** Associação entre comorbilidades e a retenção nos cuidados de saúde

#### 4.3.4. Fatores sociais

Foram poucos os fatores sociais analisados nos diferentes estudos primários, e de forma dispersa. Estes centraram-se nas questões de alojamento, consumo de substâncias aditivas e tipo de seguro de saúde utilizado. Pela reduzida variabilidade de cada variável analisada, decidiu-se apresentar todos os fatores sociais no mesmo gráfico (Figura 17).

Em relação ao alojamento, ser sem abrigo revelou uma associação negativa com a retenção nos cuidados de saúde (Drainoni *et al.*, 2015) e coabitar com uma pessoa significativa apresentou uma associação positiva (Elopre *et al.*, 2015). No entanto, a existência de uma relação amorosa não apresentou significância estatística (Althoff *et al.*, 2013).

A residência em área urbana está associada a retenção nos cuidados de saúde (Lourenço *et al.*, 2016). Por outro lado, estar empregado não apresentou relação com a retenção (Nishijima *et al.*, 2013).



**Figura 17:** Associação entre fatores sociais e a retenção nos cuidados de saúde

A presença de dependência de substâncias aditivas pode ter uma associação negativa com a retenção nos cuidados de saúde (Nishijima *et al.*, 2013), mas dois estudos não encontraram relação estatística. No estudo de Althoff *et al.* (2013), em que havia uma elevada prevalência de consumidores de substâncias aditivas, o consumo de heroína foi considerado um fator associado à retenção nos cuidados de saúde em relação ao consumo de outras drogas.

A utilização de seguro de público apresentou associação negativa e positiva à retenção nos cuidados de saúde em estudos diferentes, mas Althoff *et al.* (2013) não encontrou qualquer significância estatística. Ser segurado pela *Medicare* foi associado a maior retenção nos cuidados de saúde no estudo de Fleishman *et al.* (2012).

#### **4.3.5. Outros fatores**

Alguns estudos primários identificaram outros fatores condicionantes da retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados para a infecção por VIH, relacionados com a análise específica desenvolvida por cada um.

Assim, Blank *et al.* (2015), que estudaram unicamente a população feminina, identificaram como fatores associados à menor retenção nos cuidados de saúde ter ao seu cuidado crianças com idades inferiores a 18 anos, estar institucionalizada, ter dúvidas iniciais sobre os cuidados de saúde ou pensar que nada pode ajudar a gerir a doença.

No mesmo sentido, Elopre *et al.* (2015) determinaram que a não revelação do diagnóstico da doença, nem sequer a uma pessoa significativa, está relacionada com uma pior retenção nos cuidados de saúde.

O reencarceramento (Althoff *et al.*, 2013) ou “ir à igreja” (Elopre *et al.*, 2015) não apresentaram significância estatística.





## 5. DISCUSSÃO

Neste capítulo, pretende-se determinar a resposta à questão de investigação formulada através da metodologia de investigação desenvolvida, contrapor os dados alcançados com a evidência científica existente e analisar as principais limitações das conclusões obtidas. No final, sugerem-se algumas linhas de investigação que poderão ser seguidas a partir deste trabalho.

A realização desta revisão sistemática da literatura tinha como principal objetivo avaliar a evidência científica internacional e identificar a existência de fatores mensuráveis que apresentassem relação com a retenção ou não retenção das pessoas com infeção por VIH nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados para esta doença. Considera-se que este trabalho correspondeu às expectativas iniciais, visto ter sido possível responder à questão de investigação que o norteava e cumprir os objetivos formulados inicialmente. Assim, foram identificados sobretudo fatores demográficos, sociais e clínicos que apresentaram associação estatística relevante com essa retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais.

Tendo em conta que este estudo analisou somente artigos com metodologia observacional, a avaliação dos resultados obtidos deverá ser realizada com alguma prudência, uma vez que esta metodologia não compreende um ambiente controlado por completo pelos investigadores e os dados obtidos poderão não ser exclusivamente explicados pelas variáveis examinadas. No entanto, estes são os estudos que melhor representam o real contexto da prestação de cuidados de saúde, estando mais próximos dos verdadeiros desafios que os profissionais de saúde e as pessoas que a eles recorrem enfrentam no seu dia-a-dia. Por outro lado, como todos os estudos são do tipo coorte, existe uma maior uniformidade nos seus desenhos de estudo, facilitando a comparação dos resultados. As principais heterogeneidades prendem-se com os pressupostos metodológicos escolhidos por cada equipa de investigação.

Existe muita evidência científica relacionada com a infeção por VIH devido à elevada prevalência desta doença e às constantes inovações introduzidas ao nível do seu acompanhamento e tratamento. Deste modo, surge a necessidade de se definirem critérios rigorosos na seleção dos artigos a analisar, por forma a delimitar adequadamente a área de estudo escolhida. Através da abordagem PICOS (Higgins e Green, 2011), foi possível obter um conjunto de 12 artigos válidos relativos à temática específica dos fatores condicionantes da retenção das pessoas com infeção por VIH nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados para esta doença.

Não foi identificada nenhuma outra revisão sistemática da literatura que respondesse especificamente à questão de investigação formulada para este projeto. A ausência de consensos generalizados e diretrizes amplamente aceites que delimitem adequadamente esta temática não facilita a realização de análises comparativas entre artigos científicos, sob o risco de se incorrer em algumas conclusões inapropriadas. Por outro lado, a inexistência de estudos de revisão da literatura não permite uma consciencialização mais objetiva desta variabilidade e a sustentação da necessidade de maior unanimidade sobre a matéria.

A decisão de selecionar exclusivamente estudos realizados em países desenvolvidos teve como propósito identificar contextos socioeconómicos e de práticas clínicas mais próximos do contexto nacional, assim como países em que o paradigma da prestação de cuidados de saúde a esta população não estivesse centrado exclusivamente no tratamento da doença aguda e sim no acompanhamento da doença crónica, como é o caso de Portugal. Optou-se, portanto, por excluir todos os artigos realizados em países sobretudo africanos, apesar de ser aí que mais se produz evidência científica sobre o acompanhamento ambulatorio das pessoas infetadas por VIH.

As amostras populacionais que compõem os artigos selecionados para esta investigação revelaram semelhanças com a distribuição da infeção por VIH na população em geral (WHO, 2016d; ECDC, 2016; Portugal. Ministério da Saúde. INSA, 2016), nomeadamente ao nível da idade mediana, da maior proporção do sexo masculino e da distribuição dos casos pelas diferentes categorias de transmissão. Não se descarta, no entanto, o risco de enviesamento nos resultados devido à seleção por conveniência das amostras, que, na maioria dos estudos, incluiu um conjunto limitado de elementos e não uma visão geral da população total.

Não obstante, a distribuição desigual desta doença entre subgrupos da população geral requer igualmente uma análise aprofundada destes subgrupos, daí a inclusão dos estudos de Althoff *et al.* (2013) e Blank *et al.* (2015), por forma a compreender-se melhor a sua caracterização e comportamento face ao diagnóstico e gestão da infeção por VIH.

A ausência de uma definição consensualmente aceite pela comunidade científica das diferentes etapas que compõem o modelo do *continuum* dos cuidados para a infeção por VIH está igualmente patente nos estudos analisados. É possível verificar que os estudos americanos optaram preferencialmente pela definição de retenção nos cuidados de saúde ambulatorios especializados, definida por um organismo oficial

nacional como critério de avaliação da qualidade da prestação de cuidados de saúde a esta população (U.S.A. U.S. Department of Health & Human Services, *s.d.*). Esta definição consiste em, pelo menos, dois contactos com a instituição de saúde por cada 12 meses, espaçados por pelo menos 90 dias, que poderá comparar-se com a opção nacional de se estabelecer um contacto semestral entre a pessoa com infeção por VIH e a instituição hospitalar prestadora de cuidados de saúde ambulatoriais especializados. As definições utilizadas nos restantes artigos apresentam maior dispersão em termos de critérios de determinação, sobretudo por se focarem na não retenção nos cuidados de saúde.

Uma subdivisão da variável retenção, como a realizada por Althoff *et al.* (2013), poderá trazer um conhecimento mais aprofundado sobre a retenção nos cuidados de saúde por períodos intermédios de acompanhamento. Também Rosen e Fox (2011) apresentam uma divisão por fases da retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais para o período anterior ao início do tratamento com TARc. No entanto, com o aumento da esperança de vida das pessoas com infeção por VIH, a avaliação do fenómeno da retenção deverá alargar-se a períodos cada vez mais longos para se conseguir ter uma visão mais abrangente da sua evolução com o aumento do tempo de acompanhamento.

Como está inserida num ciclo de acompanhamento clínico ambulatorio das pessoas com infeção por VIH, a retenção é igualmente afetada pela inconsistência na definição da etapa que a antecede, a ligação aos cuidados de saúde, influenciando o momento em que se inicia a avaliação da retenção. Havendo estudos que consideram a ligação aos cuidados de saúde ambulatoriais como o estabelecimento do primeiro contacto com a instituição de saúde, outros há que a consideram como um período mínimo de 12 meses de acompanhamento consistente após esse primeiro contacto. Neste último caso, poderá enviar-se a constituição da amostra para análise ao selecionarem-se as pessoas que apresentam previamente uma predisposição para a retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais. Esta será uma medida válida, como qualquer outra escolhida, desde que se possam garantir iguais condições de comparabilidade entre realidades práticas de contextos diferentes, o que não se verificou neste estudo.

A retenção nos cuidados de saúde tem uma tendência decrescente à medida que aumenta o tempo de acompanhamento (Marks *et al.*, 2010). Este facto é corroborado por Fleishman *et al.* (2012), que verificam que a análise da retenção anual é superior à da retenção continuada, e por Rebeiro *et al.* (2013), que identificaram uma associação negativa entre a retenção e o maior tempo de acompanhamento. Por isso,

a determinação de períodos mais curtos de análise para a realização dos estudos científicos, se bem que facilita a sua execução, dificulta a compreensão mais completa de um processo que decorre a longo prazo. Sem se determinar se, quem e quando os doentes regressam aos cuidados de saúde, após a perda de acompanhamento, não se consegue capturar todo o processo de adesão aos cuidados (Horstmann *et al.*, 2010).

A opção por acompanhar apenas pessoas recém-diagnosticadas, tomada pela maioria dos autores estudados, é validada por Mugavero *et al.* (2012a), que referem que o ano inicial de acompanhamento é de grande vulnerabilidade, devido aos ajustes pessoais necessários ao novo diagnóstico, sendo um período muito importante de se avaliar.

As percentagens de retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais obtidas nos estudos que compõem esta investigação foram muito díspares, variando entre 27% e 92,2%. Os estudos que apresentaram os valores mais baixos focaram-se na determinação da retenção completa, sem lacunas ao longo de todo o período de acompanhamento. É de destacar que as definições apresentadas para retenção e não retenção ou LTFU não são mutuamente exclusivas, pois é possível não estar retido, mas não estar perdido para o acompanhamento. Estes casos intermédios correspondem às pessoas que têm um acompanhamento incompleto ou inconsistente pelos cuidados de saúde, entrando e saindo dos cuidados, mas sem nunca estarem afastadas por períodos superiores a 12 meses. Esta realidade só foi devidamente analisada no estudo de Rebeiro *et al.* (2013), havendo necessidade de maior aprofundamento desta problemática.

Os meios disponíveis para recolha e acesso aos dados de saúde dos participantes dos estudos primários influenciam a determinação da unidade de medida utilizada. O tipo de medida mais adequado é ainda um processo a definir (Horstmann *et al.*, 2010). A determinação de um contacto com a instituição de saúde em Portugal prevê a presença em consulta, a cedência de terapêutica e a avaliação laboratorial em simultâneo (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS, 2012a).

Os dados relativos à presença em consultas clínicas com especialistas ou pessoal especializado para esta área, se poderão refletir mais fielmente o acompanhamento clínico das pessoas infetadas, são igualmente mais difíceis de obter. Dentro do conceito de visita clínica podem estar as consultas de primeira vez, as consultas de seguimento, as consultas solicitadas de urgência, as consultas de outras especialidades médicas ou de enfermagem (Horstmann *et al.*, 2010; Tedaldi *et*

*al.*, 2014), ou, por outro lado, incorporar admissões hospitalares, idas ao serviço de urgência, consultas por telefone ou procedimentos cirúrgicos ambulatoriais (Tedaldi *et al.*, 2014), que não serão pertinentes para a análise.

O controlo laboratorial da progressão da infeção por VIH poderá ser realizado em contextos diferentes do acompanhamento ambulatorio, como o internamento ou o serviço de urgência (Fleishman *et al.*, 2012), introduzindo um viés de interpretação dos dados. No estudo de Rebeiro *et al.* (2015), a avaliação laboratorial apresentou uma capacidade imperfeita de discriminar entre retenção e não retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais (com um erro de 18%), apresentando uma sensibilidade de 84% e uma especificidade de 77%, enquanto Lubelchek *et al.* (2015) determinaram sensibilidades de 90% e especificidades na ordem dos 78%, para esta variável.

Bonacci *et al.* (2016) concluíram que o levantamento de terapêutica, apesar de corresponder a um comportamento relacionado com a retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais, é distinto o suficiente para não servir como medida adequada deste fenómeno. Por outro lado, a utilização desta unidade de medida não permite uma clara diferenciação entre a determinação da retenção nos cuidados de saúde e a adesão ao tratamento com TARc, etapa seguinte do *continuum* dos cuidados para a infeção por VIH.

Um sistema de informação centralizado no acompanhamento das pessoas com infeção por VIH permite determinar mais especificamente a retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados (Medland *et al.*, 2015), evitando-se a utilização de medidas complementares. A avaliação laboratorial e a cedência de terapêutica poderão ser consideradas aproximações adequadas à medição da presença em consulta clínica, se se verificar que a sua prescrição é sempre consequente a uma consulta prévia com um especialista.

A cada vez maior utilização de bases de dados padronizadas, com uma recolha sistematizada de dados de saúde, facilita a realização e a comparação entre estudos científicos e permite compreender melhor o fenómeno da retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados para a infeção por VIH. Deste modo, determinando-se quais as variáveis mais pertinentes a recolher, pode adequar-se a parametrização dessas bases de dados, para que responda às necessidades dos sistemas de saúde e da prestação de cuidados.

Não obstante as divergências metodológicas encontradas, que levaram tanto ao levantamento de mais questões como à obtenção de respostas concretas, a análise dos resultados apresentados no conjunto dos estudos selecionados obteve maior

consistência. Assim, apesar de não haver um consenso estatístico generalizado em relação às variáveis avaliadas, havendo estudos em que não foram estabelecidas relações de significância entre elas e a retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais, nos estudos em que essa relação foi determinada, a direção (positiva ou negativa) foi a mesma para praticamente todas as variáveis.

Destacaram-se como fatores exclusivamente associados à retenção nos cuidados de saúde as idades mais velhas, o sexo masculino, a etnia caucasiana, a categoria de transmissão dos HSH, a apresentação de valores elevados de linfócitos T CD4<sup>+</sup> no final do período de acompanhamento, estar sob tratamento com TARc, ter um prestador prévio de cuidados especializados para a infeção por VIH, receber outro tipo de serviços de saúde, utilizar outro tipo de cuidados de saúde, ter diagnóstico confirmado de infeção por VIH há mais de um ano, ter uma doença psiquiátrica diagnosticada, coabitar com uma pessoa significativa e, dentro dos consumidores de substâncias aditivas, consumir heroína.

O maior risco de não retenção nos cuidados de saúde foi associado a idades mais jovens, ao sexo feminino, à etnia negra, a menor escolaridade, à categoria de transmissão heterossexual, UDI ou desconhecida, a valores de linfócitos T CD4<sup>+</sup> iniciais altos, ou valores baixos, a carga vírica baixa ou sem supressão virológica, a ausência de realização prévia de TARc, a maior tempo de acompanhamento especializado para a infeção por VIH, a diagnóstico recente de infeção por VIH (inferior a um ano), a infeção por VHC desconhecida e a ser sem abrigo.

A mediana da idade das pessoas com infeção por VIH no momento do diagnóstico da doença em Portugal é relativamente baixa, registando-se em cerca de 39 anos (Portugal. Ministério da Saúde. INSA, 2016) e, como apresentado no Quadro 7 (*Capítulo Resultados*), também nos estudos analisados isso se demonstrou. Assim, a distinção entre pessoas mais jovens e pessoas mais velhas estabeleceu-se em pessoas com menos de 30 anos e pessoas com mais de 30 anos. Não obstante, em igual número de artigos se encontrou a associação estatística entre a idade mais velha e a retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais, e as idades mais jovens e o maior risco de não retenção. Sobretudo em ambientes mais desafiantes em termos socioeconómicos, as pessoas mais jovens apresentam menor perceção do risco de infeção, uso insuficiente de preservativos e baixas taxas de rastreio para a infeção por VIH, tendo menor capacidade de reduzir esse risco em relação às pessoas mais velhas (UNAIDS, 2016).

O sexo masculino foi associado positivamente à retenção nos cuidados de saúde

ambulatorios, enquanto o sexo feminino foi associado a não retenção. No estudo de Blank *et al.* (2015), poderão ser encontrados alguns dos fatores que explicam a pior retenção das mulheres neste processo, visto estes autores se terem focado exclusivamente na população feminina. Foram identificadas as crenças associadas à incerteza em relação aos cuidados de saúde e à possibilidade de gestão da doença, ou ter dependentes a seu cargo como fatores limitadores da capacidade de adesão aos cuidados de saúde. A maior associação entre a retenção e o sexo masculino poderá ser contraditória, tendo em conta que é o sexo com maior prevalência da doença. No entanto, este poderá ser um fator positivo para o controlo da transmissão da doença neste subgrupo da população.

A distribuição das pessoas por etnias pode ser um assunto controverso, mas esta variável foi considerada em mais de metade dos estudos selecionados. A etnia negra foi exclusivamente associada a maior risco de não retenção nos cuidados de saúde e a etnia caucasiana a maior percentagem de retenção. Tendo-se excluído todos os artigos de países africanos, as pessoas classificadas segundo a etnia negra deverão ser, ou descender, de comunidades imigrantes, o que pode condicionar o seu acesso a cuidados de saúde. Como se verificou nos estudos de Thierfelder *et al.* (2012), Rice *et al.* (2011), Nishijima *et al.* (2013) e van Beckhoven *et al.* (2015), os imigrantes apresentam efetivamente uma maior associação com a não retenção. Mas como esta situação não se verificou para a etnia hispânica, por exemplo, dever-se-á determinar com maior precisão o peso dos aspetos culturais e crenças na relação entre as pessoas e os cuidados de saúde.

O nível de escolaridade, fator que pode interferir com a literacia em saúde e com a capacidade de autogestão da doença, foi alvo de pouca atenção por parte dos autores estudados. Apenas três artigos fizeram a avaliação desta variável e em apenas um se conseguiu estabelecer uma relação estatística entre um menor nível de escolaridade e o maior risco de não retenção nos cuidados de saúde ambulatorios dirigidos à infeção por VIH.

Os fatores clínicos associados diretamente, ou não, à infeção por VIH são muito importantes, por afetarem a necessidade e a capacidade de adesão aos cuidados de saúde ambulatorios especializados.

De entre todas as categorias de transmissão da doença avaliadas, apenas os HSH foram associados positivamente à retenção nos cuidados de saúde. No entanto, esta é a categoria que apresenta maior crescimento de prevalência nos últimos anos, a nível global. Este aumento poderá estar relacionado com um elevado subdiagnóstico

da doença neste subgrupo da população (Ferrer *et al.*, 2014) e o número de casos estar a subir por se elevar o acesso aos meios de diagnóstico, ou com a sua maior vulnerabilidade aos efeitos da homofobia e autoestigmatização (UNAIDS, 2016). Tal como nos casos dos homens, este pode ser um indicador importante para auxiliar o controlo da disseminação da doença neste subgrupo.

O contacto heterossexual e os UDI foram associados negativamente à retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados. Estes dados são especialmente importantes para o panorama nacional, visto a via heterossexual ser a de maior predominância em Portugal, afetando a gestão efetiva da transmissão da doença.

Os valores laboratoriais de avaliação da infeção por VIH (linfócitos T CD4<sup>+</sup> e carga vírica), ao contrário do esperado, mostraram resultados contraditórios. Assim, tanto os valores mais baixos como os valores mais altos de cada um destes parâmetros apresentaram relação estatística negativa com a retenção nos cuidados de saúde, podendo ser um indicador da necessidade de maior vigilância dos valores extremos. Por um lado, as pessoas com valores de linfócitos T CD4<sup>+</sup> elevados e carga vírica baixa deverão estar assintomáticas, tendo maior dificuldade em aceitar a necessidade de uma vigilância sistematizada. Por outro lado, as pessoas com linfócitos T CD4<sup>+</sup> baixos e sem supressão virológica poderão estar em estado de doença avançado e não ter as condições físicas adequadas para o acompanhamento periódico necessário (Yehia *et al.*, 2015), ou recorrerem a cuidados de saúde que não os ambulatorios.

Relativamente ao tratamento com TARc, este foi relacionado com a retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados, quer para pessoas já sob tratamento, quer para as que o iniciaram. A não realização de tratamento apresentou uma associação negativa. Apesar de, como referido anteriormente, o tratamento com TARc não permitir explicar o processo de retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais de forma isolada, tem um importante contributo, quer para a retenção, quer para o controlo da doença, nomeadamente na sua prevenção, como o pretendido com as novas diretrizes nacionais e internacionais, que determinam a prescrição de TARc a todas as pessoas diagnosticadas com infeção por VIH, independentemente dos valores de linfócitos T CD4<sup>+</sup> (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2016; EACS, 2016; WHO, 2016a). Se as pessoas se sentirem melhor com a administração terapêutica, terão maior motivação para continuar o seu tratamento e, consequentemente, manterem a sua ligação aos cuidados de saúde.

É importante ter em consideração que os valores laboratoriais e a adesão ao



tratamento com TARc também podem ser influenciados pela retenção nos cuidados de saúde, o que pode enviesar os resultados obtidos na sua avaliação, já que poderão ser consequência e não causa do processo de retenção.

Pessoas previamente utilizadoras de cuidados de saúde apresentaram uma maior retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais, provavelmente por estarem mais habituadas à transição entre diferentes níveis e prestadores de cuidados de saúde. No entanto, se a existência de um prestador regular de cuidados dirigidos para a infeção por VIH foi um fator positivo, em sentido inverso, as pessoas com mais tempo de acompanhamento para esta doença têm maior risco de não retenção, o que poderá estar especificamente relacionado com a prestação de cuidados de saúde especializados. A autodiscriminação e a relutância em revelar o seu diagnóstico podem impedir a adesão destas pessoas aos cuidados de saúde.

A avaliação dos fatores associados aos cuidados de saúde poderia trazer mais informação relativamente ao contributo dos serviços de saúde para a retenção (Yehia *et al.*, 2015). Não se pode excluir que baixos valores de retenção possam dever-se à incapacidade do sistema de saúde em providenciar os serviços que as pessoas com infeção por VIH precisam para garantir o seu acompanhamento. No mesmo sentido, é importante perceber de que forma os profissionais de saúde estão capacitados e motivados para prestarem cuidados diferenciados a esta população e se têm os recursos necessários para responder às suas necessidades de saúde, bem como para o ensino e desenvolvimento de competências dos doentes que lhes permitam a autogestão da doença e a prevenção da sua transmissão.

As comorbilidades apresentaram pouca relevância estatística com a retenção nos cuidados de saúde. Poderia esperar-se que pessoas com mais doenças tivessem uma maior preocupação com o seu acompanhamento clínico, ou que, por outro lado, a concomitância de várias doenças afetasse a capacidade física e aumentasse a dificuldade de acesso a cuidados de saúde. Só a concomitância com doença psiquiátrica foi associada de forma positiva a retenção nos cuidados de saúde, provavelmente por estas doenças pressuporem igualmente um acompanhamento de saúde ambulatorio periódico.

Ao contrário dos fatores demográficos e clínicos, os fatores sociais, culturais, psicológicos, relacionados com o sistema de saúde ou com as políticas de saúde, também importantes para a compreensão deste processo complexo (Mugavero, Norton e Saag, 2011; Tu *et al.*, 2013) são mais difíceis de avaliar, não só pela recolha destes dados não ser tão sistematizada, mas por poderem implicar a aplicação de

questionários e escalas, ou por necessitarem do cruzamento de informação com outros prestadores de cuidados. Esta situação traduziu-se numa menor quantidade de variáveis analisadas relativamente a estes fatores.

Se, por um lado, Waldrop-Valverde *et al.* (2014) referem que o apoio social é um meio efetivo de gerir a adesão aos cuidados de saúde, por outro, Kelly *et al.* (2014) não encontraram relação entre o suporte social e a predição da adesão aos cuidados de saúde ou à TARc. Nem todas as variáveis associadas aos fatores sociais avaliados obtiveram relevância estatística e a categorização de cada variável variou muito entre estudos, dificultando a sua comparação.

Sprague e Simon (2014) referem que as principais preocupações das pessoas infetadas abrangem o alojamento estável, o suporte social, a educação e o emprego. Em termos de alojamento, ser sem abrigo foi identificado como fator que interfere com a capacidade de adesão aos cuidados de saúde, no estudo em que esta variável apresentou relevância estatística, devendo estar relacionada com o contexto de exclusão social inerente a este fenómeno. Se coabitar com uma pessoa significativa foi importante para a retenção nos cuidados de saúde, ter uma relação não foi por si relevante. Não revelar o diagnóstico da infeção por VIH a ninguém, nem mesmo às pessoas mais próximas, está associado a maior risco de perda de acompanhamento, provavelmente por se estabelecer um menor compromisso com os cuidados de saúde e se querer evitar essa revelação acidental (Yehia *et al.*, 2015).

Dentro dos comportamentos aditivos, apenas o consumo de heroína se revelou associado, e de forma positiva, à retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais (Althoff *et al.*, 2013). O acesso a serviços de tratamento de dependências em articulação com as consultas clínicas dirigidas para a infeção por VIH pode influenciar positivamente a capacidade de acompanhamento e controlo dos comportamentos de risco da população utilizadora de drogas injetáveis ou outras.

Em termos metodológicos, a possibilidade de analisar um maior número de fatores condicionantes, através da realização de uma revisão sistemática da literatura, em relação à execução de um estudo primário, torna esta metodologia um importante instrumento de apoio à decisão clínica e à elaboração de normas de orientação fundamentadas. Considera-se, no entanto, que muitos outros fatores deveriam ser analisados e, mesmo dentro dos fatores identificados neste estudo, ainda existe uma margem importante de avaliação da consistência da sua relação com a retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados para as pessoas com infeção por VIH.

Tal como referem Gardner *et al.* (2011), concentrar esforços apenas num único

componente do modelo do *continuum* dos cuidados para a infeção por VIH não é suficiente para se obterem todas as melhorias de saúde possíveis para as pessoas infetadas. No entanto, a complexidade de cada etapa deste modelo exige a sua avaliação isoladamente, já que as mesmas variáveis apresentam diferentes associações com cada uma, como demonstraram os estudos analisados neste projeto que avaliaram simultaneamente outras fases do modelo.

A opção pela seleção da fase de retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais deveu-se à constatação da importância desta etapa para a manutenção do estado de saúde e para a prossecução dos objetivos de saúde das pessoas com infeção por VIH. A sua análise individual serve principalmente para se identificarem os grupos de pessoas com infeção que beneficiariam de cuidados diferenciados e de um apoio e acompanhamento específicos (MacCarthy *et al.*, 2015), para conseguirem alcançar o seu potencial de saúde. Este projeto de investigação demonstra que variáveis relativamente acessíveis de determinar permitem obter uma análise geral objetiva sobre esta temática.

Com a centralização atual do registo dos dados de saúde desta população em Portugal no sistema informático SI.VIDA, deverá ser mais fácil no futuro realizar uma análise global do tipo de relação entre as variáveis disponíveis e as diferentes etapas do modelo do *continuum* dos cuidados para a infeção por VIH, com vista à identificação das necessidades existentes e ao planeamento de ações futuras. A capacidade de recolher dados está aliada à responsabilidade de os utilizar a favor das pessoas cujos dados são obtidos, neste caso, através da melhoria da prestação de cuidados de saúde.

A definição de estratégias de intervenção que promovam a retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados para as pessoas com infeção por VIH necessita previamente da identificação das pessoas que poderão beneficiar com a sua implementação. A determinação desta retenção serve também de posterior indicador de avaliação da adequação das estratégias implementadas (Nakagawa, Phillips e Lundgren, 2014).

Uma maior flexibilidade na periodicidade e nos horários de agendamento das consultas clínicas para as pessoas com infeção por VIH permitiria adequar melhor o acompanhamento às suas necessidades. Definir uma periodicidade fixa para todos os doentes vai ser inevitavelmente insuficiente para uns e demasiado para outros (Horstmann *et al.*, 2010). Mas a disponibilidade dos profissionais de saúde também se têm que refletir na adequação dos recursos existentes e no financiamento das

instituições e dos cuidados de saúde. O empenho na melhoria do processo de prestação de cuidados de saúde deve ser transversal ao sistema de saúde, desde a gestão estratégica à gestão operacional.

Por uma perspetiva social e biomédica, a infeção por VIH é uma doença crónica muito complexa de gerir (Tu *et al.*, 2013). Cada contributo introduzido para melhor compreender todo o fenómeno de acompanhamento desta população poderá ter um efeito positivo para a gestão dos cuidados de saúde direcionados que lhe são dirigidos. Cada pessoa tem necessidades singulares e a doença não afeta todas as pessoas de igual forma. Cabe ao sistema de saúde e a todos os seus intervenientes utilizar os recursos disponíveis da forma mais efetiva possível, para determinar e responder adequadamente às especificidades de cada processo individual de saúde.

### **5.1. Limitações**

O conhecimento das limitações de um estudo, apesar de evidenciar os limites da sua validade interna e externa, permite, no entanto, utilizar os seus resultados da forma mais segura e adequada possível, evitando extrapolações desadequadas e conclusões erróneas.

As incongruências encontradas relativamente a variáveis, definições, unidades de medida e períodos de acompanhamento das pessoas com infeção por VIH trouxeram mais contributos às dúvidas já existentes na bibliografia consultada do que respostas conclusivas. A variabilidade apresentada nos diferentes estudos analisados dificulta o processo de síntese e discussão dos resultados obtidos em cada um, situação antecipada por Rosen e Fox (2011), que consideraram que estas limitações impossibilitam a capacidade de se ir para além da descrição dos dados obtidos, isto é, para uma análise estatística agregada dos mesmos.

A conversão direta de valores de LTFU para valores de retenção não evidencia a situação intermédia da não completa retenção nos cuidados de saúde e não completa perda de acompanhamento, referida por alguns autores como retenção incompleta. No entanto, a conversão realizada foi devida à inexistente apresentação dos dados de retenção efetiva por parte de alguns autores e à necessidade de utilizar a mesma variável para comparar resultados entre estudos.

O facto de os estudos não analisarem bases de dados nacionais compromete a real determinação das perdas de acompanhamento, podendo haver enviesamento dos

seus resultados. A incapacidade de distinguir a perda de acompanhamento dos casos de transferência de processos clínicos para outras instituições de prestação de cuidados de saúde ambulatoriais especializados para a infeção por VIH, fora do alcance de análise das equipas de investigação, poderá ter levado à categorização errada de pessoas como perdidas para o acompanhamento de saúde, quando estas mantiveram a sua retenção nos cuidados.

Fica patente também que existe pouca preocupação por parte dos autores na definição inequívoca do tipo de estudo seguido, o que facilitaria a sua correta categorização e permitiria uma mais fácil inclusão e exclusão dos respetivos artigos, no momento da aplicação dos critérios de elegibilidade definidos.

A ausência da apresentação da significância estatística nalguns estudos, através da explicitação do valor de  $p$ , para todas as variáveis em análise, limitou a capacidade de determinação da associação estatística entre as variáveis e a retenção nos cuidados de saúde, afetando sobretudo a identificação das variáveis que não apresentaram relação estatística. Nesses estudos, apenas se pôde comprovar a relevância estatística das variáveis mencionadas pelos autores ao longo do texto dos artigos, sem se poder certificar se as outras variáveis não apresentaram associação estatística ou se foram relegadas voluntariamente pelos autores. Do mesmo modo, a ausência nalguns artigos do sentido dessa associação com a retenção (positivo ou negativo) também impediu uma determinação imparcial das variáveis relevantes para este projeto de investigação.

O conjunto de artigos analisados era maioritariamente composto por estudos de coorte retrospectivos, que apresentam como desvantagem a impossibilidade de recolher ou completar adicionalmente os dados considerados pertinentes para a investigação. Este facto pode levar a exclusões de casos clínicos apenas baseadas na ausência de dados importantes. Da mesma forma, na realização de estudos não randomizados, a seleção da população analisada incorpora sempre uma componente de conveniência, com o estabelecimento de critérios de exclusão que podem comprometer a determinação dos reais valores de retenção nos cuidados de saúde ambulatorio e dos fatores que a influenciam.

A elevada concentração de estudos no continente americano, sobretudo nos EUA, e uma mais reduzida proporção no continente europeu, pode comprometer de forma importante a transposição dos resultados obtidos para o contexto nacional, visto que as especificidades relacionadas com o acesso e organização do sistema de saúde nos EUA não têm comparação com o sistema português.

## 5.2. Recomendações

As revisões sistemáticas da literatura têm uma função secundária de identificação das áreas do conhecimento onde é necessário um maior investimento para o desenvolvimento da evidência científica. A vantagem de se continuar um estudo já realizado é a possibilidade de se antecipar as principais dificuldades e limitações a encontrar e assim disponibilizar mais tempo para o efetivo desenvolvimento da investigação.

As informações obtidas neste estudo poderão ser utilizadas como ponto de partida para um aprofundamento da temática da retenção das pessoas com infeção por VIH nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados. Poder-se-á complementar os resultados apresentados com a realização da meta-análise desses dados e sustentar com maior força estatística estes resultados.

Por outro lado, poder-se-á igualmente realizar uma revisão sistemática da literatura sobre os fatores associados à retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais, através da análise de estudos qualitativos. Desta forma, poder-se-á aumentar igualmente o conhecimento sobre as causas subjacentes ao fenómeno da retenção, mas evidenciando a perspetiva do doente, que neste projeto de investigação é apenas especulativa.

A possibilidade crescente de se obterem dados recolhidos de forma sistematizada da população portuguesa com infeção por VIH através das novas aplicações informáticas, como o SI.VIDA, poderá permitir a realização de estudos primários sobre o modelo do *continuum* dos cuidados para a infeção por VIH, ou individualmente sobre as suas etapas, concorrendo para um enriquecimento da evidência científica internacional com os dados nacionais. Com uma visão mais clara sobre as características gerais das pessoas com infeção por VIH e do seu processo de retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais, poder-se-á igualmente cooperar academicamente para a determinação da gravidade e complexidade destes doentes, contribuindo para o desenvolvimento e aperfeiçoamento do modelo de financiamento em vigor, de normas de orientação clínica ou dos sistemas informáticos de apoio à prestação de cuidados de saúde.

No mesmo sentido, também se poderia realizar um estudo qualitativo sobre este fenómeno com um grupo de doentes nacionais, para compreender melhor as barreiras e os facilitadores que as pessoas com infeção por VIH enfrentam no nosso país.

Todas as informações adicionais que se consigam obter são primordiais para se compreender mais profundamente todo o processo de vivência com a infecção por VIH e as especificidades do seu acompanhamento clínico, particularizando à realidade nacional, por forma a conseguirem-se estruturar mecanismos de gestão dos cuidados de saúde centrados nas necessidades desta população.





## 6. CONCLUSÕES

Um projeto de investigação tem sempre como objetivo trazer ou produzir novas informações que permitam, por um lado, compreender melhor a realidade de um fenómeno, e por outro, contribuir para a melhoria do seu contexto.

O aprofundamento da temática sobre a prestação de cuidados de saúde às pessoas com infeção por VIH torna-se de todo pertinente, devido à elevada dimensão epidemiológica e à importância social desta doença na sociedade portuguesa, com proporções superiores à média da União Europeia, bem como aos custos associados ao seu acompanhamento clínico e terapêutico. É assim primordial assegurar a efetividade da prestação de cuidados de saúde a esta população, não descurando a sustentabilidade das instituições de saúde.

Como demonstram as expectativas e metas mundiais para o controlo desta doença, os esforços realizados até ao momento apresentam uma repercussão importante em termos de indicadores de saúde, mas serão necessários esforços suplementares para se conseguirem ultrapassar as limitações emergentes e se cumprirem os desígnios globais.

O processo de acompanhamento clínico e gestão dos cuidados de saúde para as pessoas com infeção por VIH tem vindo a alterar-se e a tornar-se mais complexo devido ao aumento da longevidade alcançada por esta população, à constante produção de evidência científica sobre esta doença e às novas necessidades que vão surgindo, quer para as pessoas com infeção, quer para as instituições prestadores de cuidados de saúde. A exigência de uma complementaridade entre cuidados de saúde prestados por diferentes profissionais e entre níveis de cuidados de saúde implica uma maior capacidade de comunicação e articulação dentro do sistema de saúde, desde o nível estratégico ao nível operacional.

A centralização dos cuidados de saúde especializados às pessoas com infeção por VIH nos serviços de ambulatório das instituições hospitalares em Portugal facilita o processo de apropriação e agregação dos dados de saúde destas pessoas, permitindo a obtenção de informações importantes para a gestão dos cuidados e dos serviços de saúde.

Os cuidados dirigidos à infeção por VIH iniciam-se antes mesmo de a pessoa ser infetada pelo vírus e passam por associações da sociedade civil, pelos cuidados de saúde primários e pelos serviços de urgência e de internamento, antes de se chegar

aos cuidados de saúde ambulatorio especializados para os casos de confirmação da infecção. Estes serviços complementares são normalmente essenciais para se acompanhar as populações de maior risco, estabelecer o diagnóstico de infecção o mais precocemente possível, encaminhar corretamente a pessoa infetada para os serviços especializados e identificar e reencaminhar as situações de perda de acompanhamento novamente para os cuidados de saúde apropriados. No entanto, o processo de retenção nos cuidados de saúde ambulatorios estabelece-se unicamente ao nível dos cuidados ambulatorios hospitalares especializados.

Esta etapa do modelo do *continuum* dos cuidados para a infecção por VIH é essencial para se conseguir garantir o acesso a cuidados de saúde que respondam às necessidades das pessoas infetadas, a adesão à TARc e a monitorização da supressão virológica, assegurando o cumprimento dos objetivos de saúde para esta população.

Através desta revisão sistemática da literatura, reuniu-se a evidência científica internacional publicada nos últimos cinco anos sobre os fatores que condicionam o processo de retenção das pessoas adultas com infecção por VIH nos cuidados de saúde ambulatorios especializados para esta doença nos países desenvolvidos. Desta forma, pretendeu-se identificar e definir as características das pessoas com infecção por VIH associadas a uma maior retenção nos cuidados de saúde ambulatorios ou, em oposição, a um maior risco de perda de acompanhamento por estes cuidados, para contribuir com informação objetiva que permita identificar precoce os principais grupos de risco e facilitar a prevenção da não retenção, aumentando o seu potencial de saúde e contribuindo para um controlo efetivo da doença, quer a nível individual, quer a nível comunitário.

A avaliação realizada ao conjunto dos 12 artigos selecionados para este projeto de investigação comprovou a inconsistência existente na definição das variáveis de resultado e unidades de medidas utilizadas pelos autores, como ressalvado pela bibliografia previamente consultada.

No entanto, através da utilização de dados de fácil acesso, por serem recolhidos de forma sistematizada, como dados demográficos, clínicos, sociais ou outros, os resultados obtidos neste estudo permitiram comprovar a existência de uma associação estatística, e direção dessa associação, entre os fatores avaliados e a retenção nos cuidados de saúde ambulatorios, apesar das divergências metodológicas encontradas, o que poderá apoiar uma efetiva importância desses fatores no contexto real.

Segundo os resultados mais expressivos obtidos neste estudo, as pessoas com

maior risco de não retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados para a infeção por VIH são as mulheres, as pessoas mais jovens (com menos de 30 anos), as pessoas de etnia negra, as pessoas cuja categoria de transmissão é o contacto heterossexual ou o consumo de drogas injetadas e as pessoas que nunca realizaram tratamento com TARc. É de notar que o maior tempo de acompanhamento especializado para a infeção por VIH foi determinado como um fator associado à não retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais e que as pessoas com diagnóstico mais recente (inferior a um ano) têm maior risco de perda de acompanhamento.

Sendo o contacto heterossexual a principal via de transmissão da infeção a nível nacional, é essencial garantir a retenção destas pessoas nos cuidados de saúde, por forma a melhorar o controlo da disseminação da doença. As pessoas mais jovens podem sentir uma maior invulnerabilidade em relação à doença, enquanto que as pessoas de etnia negra ou os UDI podem estar em situações de maior suscetibilidade social e ter menor capacidade de aceder aos cuidados de saúde.

No sentido oposto, as pessoas com maior retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados são os homens, as pessoas mais velhas (com mais de 30 anos), as pessoas de etnia caucasiana, os HSH e as pessoas que estão sob tratamento ou iniciam tratamento com TARc. O acesso e utilização de serviços associados e de outros tipos de cuidados de saúde, bem como alguns fatores sociais, também se relacionam com uma maior retenção.

É interessante verificar que os homens e os HSH correspondem aos grupos de maior prevalência da doença e são simultaneamente associados a maior retenção nos cuidados de saúde. Por isso, ou estes cuidados de saúde não estão realmente a conseguir identificar e modificar comportamentos de risco, ou existe um contributo importante do subdiagnóstico nestas populações.

Estar sob tratamento com TARc pode ser um fator positivo, visto que, se a pessoa se sente bem com o tratamento e consegue melhorar sintomatologia que possa apresentar, tem maior motivação para manter a adesão aos cuidados de saúde.

Há ainda uma vasta gama de características, sobretudo sociais, psicológicas, culturais e relacionadas com os cuidados de saúde, que necessitam de um maior aprofundamento em relação ao seu papel no processo de retenção nos cuidados de saúde ambulatoriais especializados para esta população.

Não se pode considerar que todas as pessoas que compõem estes subgrupos populacionais apresentam o mesmo comportamento relativamente à retenção nos cuidados de saúde. Mas os resultados apresentados, aliados à avaliação clínica

realizada pelos profissionais que acompanham estes doentes, permitem identificar precocemente a maior probabilidade de perda de acompanhamento e organizar e adaptar os recursos existentes para estabelecer estratégias que a evitem.

Este projeto de investigação permite alertar para uma área da prática clínica onde se podem investir os recursos disponíveis, havendo melhorias comprovadas dos resultados em saúde. Serve principalmente para suportar cientificamente a prestação de cuidados especializados às pessoas com infeção por VIH, que poderá incorporar os resultados obtidos no planeamento e diferenciação da prestação aos principais grupos de risco identificados. Também os gestores da saúde poderão utilizar estes resultados para nortear futuras investigações e decisões políticas relativas a esta área, incluindo ao nível do financiamento. Em termos académicos, poderá ser o ponto de partida para uma investigação mais aprofundada de todo o modelo do *continuum* dos cuidados para a infeção por VIH, quer através da evidência internacional, quer através da utilização de dados nacionais.

Portugal atravessa um momento importante de desenvolvimento e implementação de instrumentos e políticas de saúde que permitem melhorar a gestão e a prestação de cuidados de saúde. Sobretudo as novas ferramentas informáticas são de grande importância para a análise de toda a situação nacional atual. Um maior conhecimento permite também uma maior capacidade de planeamento e atuação perante uma situação de saúde. A existência da recolha de dados de saúde, com as devidas precauções de confidencialidade, remete para a responsabilidade da sua utilização para a melhoria da prestação de cuidados.

Existe ainda uma grande margem de estudo nesta área da saúde, mas é já possível obter evidência científica que permita, de forma objetiva, sustentar a introdução de inovações relevantes no processo de cuidados de saúde à população das pessoas com infeção por VIH.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERG, J. [et al.] – Primary Care Guidelines for the Management of Persons Infected With HIV: 2013 Update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. **Clinical Infectious Diseases**. 58 : 1 (January 2014) e1-e34.
- ALTHOFF, A. [et al.] – Correlates of Retention in HIV Care after Release from Jail: Results from a Multi-Site Study. **AIDS and Behavior**. 17 : 02 (October 2013) 156-170.
- AVERT – The HIV Treatment Cascade. [Em linha]. AVERT, 2016. [Consult. 4 Set. 2016]. Disponível em: <http://www.avert.org/professionals/hiv-programming/treatment/cascade>
- AZAR, P. [et al.] – Drug use patterns associated with risk of non-adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive illicit drug users in a Canadian setting: a longitudinal analysis. **BMC Infectious Diseases**. 15 : 193 (April 2015) doi: 10.1186/s12879-015-0913-0.
- BAETEN, J. [et al.] – Antiretroviral Prophylaxis for HIV Prevention in Heterosexual Men and Women. **The New England Journal of Medicine**. 367 : 5 (August 2012) 399-410.
- BEER, L.; SKARBINSKI, J. – Adherence to Antiretroviral Therapy among HIV-Infected Adults in the United States. **AIDS Education and Prevention**. 26 : 6 (December 2014) 521–537.
- BLANK, A. [et al.] – Factors Associated with Retention and Viral Suppression Among a Cohort of HIV + Women of Color. **AIDS Patient Care and STDs**. 29 : S1 (January 2015) S27-S35.
- BONACCI, R. [et al.] – Antiretroviral Refill Adherence Correlates with, But Poorly Predicts Retention in HIV Care. **AIDS and Behavior**. 20 : 5 (May 2016) 1060–1067.
- BOUSSARI, O. [et al.] – Impact of variability in adherence to HIV antiretroviral therapy on the immunovirological response and mortality. **BMC Medical Research Methodology**. 15 : 10 (February 2015) doi: 10.1186/1471-2288-15-10.
- BRADLEY, H. [et al.] – Vital Signs: HIV diagnosis, care, and treatment among persons living with HIV-United States, 2011. **MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report**. 63 : 47 (November 2014) 1113-1117.
- BRUIN, S.; BAAN, C.; STRUIJS, J. – Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature. **BMC Health Services Research**. 11 : 272 (October 2011) 1-14.
- BUSSE, R.; BLÜMEL, M. – Payment Systems to Improve Quality, Efficiency, and Care Coordination for Chronically Ill Patients – A Framework and Country Examples. In: 2011 INTERNATIONAL HEALTH POLICY SYMPOSIUM. Washington DC, Commonwealth Fund, 2011.
- CAMPBELL-YESUFU, O.; GANDHI, R. – Update on Human Immunodeficiency Virus (HIV)-2 Infection. **Clinical Infectious Diseases**. 52 : 6 (March 2011) 780–787.
- CARVALHO, A. [et al.] – Population mobility and the changing epidemics of HIV-2 in Portugal. **HIV Medicine**. 13 : 4 (April 2012) 219–225.

CATUMBELA, E. [et al.] – HIV disease burden, cost, and length of stay in Portuguese hospitals from 2000 to 2010: a cross-sectional study. **BMC Health Services Research**. 15 : 144 (April 2015) doi: 10.1186/s12913-015-0801-8.

CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION – Systematic reviews. CRD's guidance for undertaking reviews in health care. York: CRD, University of York, 2009.

CHKHARTISHVILI, N. [et al.] – The cascade of care in the Eastern European country of Georgia. **HIV Medicine**. 16 : 1 (January 2015) 62–66.

DAVIS, K. [et al.] – Innovative Care Models for High-Cost Medicare Beneficiaries: Delivery System and Payment Reform to Accelerate Adoption. **American Journal of Managed Care**. 21 : 5 (May 2015) e349-e356.

DEEKS, S.; LEWIN, S.; HAVLIR, D. – The End of AIDS: HIV Infection as a Chronic Disease. **Lancet**. 382 : 9903 (November 2013) 1525–1533.

DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M.; TAKAHASHI, R.; BERTOLOZZI, M. – Revisão sistemática: noções gerais. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. 45 : 5 (2011) 1260-1266.

DESPACHO nº 404/2012, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. D. R. IIª Série. 10 (13.01.12). 1341-1342.

DESPACHO nº 6716/2012, do Secretário de Estado da Saúde. D. R. IIª Série. 96 (17-05-12). 17395-17396.

DIAS, S. [et al.] – HIV Risk Sexual Behaviors and HIV Infection Among Immigrants: A Cross-Sectional Study in Lisbon, Portugal. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. 11 : 8 (August 2014) 8552-8566.

DIAS, S. [et al.] – Risk-taking behaviours and HIV infection among sex workers in Portugal: results from a cross-sectional survey. **Sexually Transmitted Infections**. 91 : 5 (August 2015) 346-352.

DOMBROWSKI, J. [et al.] – Population-Based Metrics for the Timing of HIV Diagnosis, Engagement in HIV Care, and Virologic Suppression. **AIDS**. 26 : 1 (January 2012) 77–86.

DRAINONI, M. [et al.] – An Interrupted Continuum of Care? What are the Risk Factors and Comorbidities Related to Long-Term Engagement and Retention in HIV Care? **AIDS & Clinical Research**. 6 : 6 (June 2015) doi:10.4172/2155-6113.1000468.

EACS (European AIDS Clinical Society) – Guidelines version 8.1, October 2016. London: EACS, 2016.

ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) – HIV/AIDS surveillance in Europe 2015. Stockholm: ECDC, 2016.

ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) – Special Report. Thematic report: HIV continuum of care. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 progress report. Stockholm: ECDC; 2015.

ELOPRE, L.; [et al.] – The Role of Early HIV Status Disclosure in Retention in HIV Care. **AIDS Patient Care and STDs**. 29 : 12 (December 2015) 646-650.

ESCOVAL, A. [et al.] – Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Volume Temático: 9 (2010) 105-116.

FERRER, L. [et al.] – Undiagnosed HIV infection in a population of MSM from six European cities: results from the Sialon project. **European Journal of Public Health**. 25 : 3 (December 2015) 494-500.

FLEISHMAN, J. [et al.] – Establishment, Retention, and Loss to Follow-up in Outpatient HIV Care. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**. 60 : 3 (July 2012) 249-259.

GARDNER E.; [et al.] – The Spectrum of Engagement in HIV Care and its Relevance to Test-and-Treat Strategies for Prevention of HIV Infection. **Clinical Infectious Diseases**. 52 : 6 (March 2011) 793–800.

GISSLÉN, M. [et al.] – Sweden, the first country to achieve the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)/World Health Organization (WHO) 90-90-90 continuum of HIV care targets. **HIV Medicine**. (August 2016) doi: 10.1111/hiv.12431.

HALLAL, R. [et al.] – Estratégias de prevenção da transmissão do HIV para casais sorodiscordantes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 18 : Sup 1 (September 2015) 169-182.

HELLEBERG, M. [et al.] – HIV Care in the Swedish-Danish HIV Cohort 1995-2010, Closing the Gaps. **PLOS One**. 8 : 8 (August 2013) e72257.

HIGGINS, J.; GREEN, S. – Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]. West Sussex: The Cochrane Collaboration, 2011.

HORSTMANN, E. [et al.] – Retaining HIV-Infected Patients in Care: Where Are We? Where Do We Go from Here?. **Clinical Infectious Diseases**. 50 : 5 (March 2010) 752-761.

IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE – The Chronic Care Model. [Em linha] Seattle: Group Health Research Institute, 2016. [Consult. 1 Nov. 2016]. Disponível em: [http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The\\_Chronic\\_Care\\_Model&s=2](http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2)

JAMIESON, D.; KELLERMAN, S. – The 90 90 90 strategy to end the HIV Pandemic by 2030: Can the supply chain handle it? **Journal of the International AIDS Society**. 19 : 1 (June 2016) doi: 10.7448/IAS.19.1.20917.

KELLY, J. [et al.] – Social support as a predictor of early diagnosis, linkage, retention, and adherence to HIV care: Results from the Steps Study. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**. 25 : 5 (September-October 2014) 405–413.

KOHLER, P. [et al.] – The HIV care cascade in Switzerland: reaching the UNAIDS/WHO targets for patients diagnosed with HIV. **AIDS**. 29 : 18 (2015) 2509-2515.

KRUMME, A. [et al.] – Depression, adherence and attrition from care in HIV-infected adults receiving antiretroviral therapy. **Journal of Epidemiology & Community Health**. 69 (2015) 284–289.

LIBERATI, A. [et al.] – The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. **PLoS Medicine**. 6 :7 (2009) e1000100.

LOURENÇO, L. [et al.] – Non-HIV-related health care utilization, demographic, clinical and laboratory factors associated with time to initial retention in HIV care among HIV-positive individuals linked to HIV care. **HIV Medicine**. 17 : 4 (April 2016) 269-279.

LUBELCHEK, R. [et al.] – Assessing the use of HIV surveillance data to help gauge patient retention-in-care. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**. 69 : S1 (May 2015) S25-S30.

MACCARTHY, S. [et al.] – The HIV care cascade: models, measures and moving forward. **Journal of the International AIDS Society**. 18 : 19395 (March 2015) doi: 10.7448/IAS.18.1.19395.

MAGNUS, M. [et al.] – Evaluating Health Information Technology: Provider Satisfaction with an HIV-Specific, Electronic Clinical Management and Reporting System. **AIDS Patient Care and STDs**. 23 : 2 (2009) 85-91.

MAMMONE, A. [et al.] – How many people are living with undiagnosed HIV infection? An estimate for Italy, based on surveillance data. **AIDS**. 30 : 7 (April 2016) 1131-1136.

MARKS, G. [et al.] – Entry and retention in medical care among HIV-diagnosed persons: a meta-analysis. **AIDS**. 24 : 17 (November 2010) 2665–2678.

MCCORMACK, S. [et al.] – Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. **Lancet**. 387: 10013 (January 2016) 53-60.

MEDLAND, N. [et al.] – The HIV care cascade: a systematic review of data sources, methodology and comparability. **Journal of the International AIDS Society**. 18 : 20634 (November 2015) doi: 10.7448/IAS.18.1.20634.

METSCH, L. [et al.] – HIV Transmission Risk Behaviors among HIV-Infected Persons Who Are Successfully Linked to Care. **Clinical Infectious Diseases**. 47 : 4 (August 2008) 577-584.

MINICK, S. [et al.] – Veterans' Perspectives on Interventions to Improve Retention in HIV Care. **PLoS ONE**. 11 : 2 (February 2016) doi: 10.1371/journal.pone.0148163.

MOHER, D. [et al.] – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **Annals of Internal Medicine**. 151 : 4 (August 2009) 264-269.

MOORE, C.; CIARALDI, E. – Quality of Care and Service Expansion for HIV Care and Treatment. **Current HIV/AIDS Reports**. 12 : 2 (June 2015) 223-230.

MUGAVERO, M. [et al.] – Early Retention in HIV Care and Viral Load Suppression: Implications for a Test and Treat Approach to HIV Prevention. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**. 59 : 1 (January 2012a) 86–93.

MUGAVERO, M. [et al.] – From Access to Engagement: Measuring Retention in Outpatient HIV Clinical Care. **AIDS Patient Care and STDs**. 24 : 10 (October 2010) 607-613.



MUGAVERO, M. [et al.] – Measuring Retention in HIV Care: The Elusive Gold Standard. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**. 61 : 5 (December 2012b) 574–580.

MUGAVERO, M.; NORTON, W.; SAAG, M. – Health Care System and Policy Factors Influencing Engagement in HIV Medical Care: Piecing Together the Fragments of a Fractured Health Care Delivery System. **Clinical Infectious Diseases**. 52 : S2 (January 2011) S238–S246.

NAKAGAWA, F.; PHILLIPS, A.; LUNDGREN, J. – Update on HIV in Western Europe. **Current HIV/AIDS Reports**. 11 : 2 (June 2014) 177–185.

NISHIJIMA, T. [et al.] – Illicit Drug Use is a Significant Risk Factor for Loss to Follow Up in Patients with HIV-1 Infection at a Large Urban HIV Clinic in Tokyo. **PLOS ONE**. 8 : 8 (August 2013) doi: 10.1371/journal.pone.0072310.

PERELMAN, J. [et al.] – Direct treatment costs of HIV/AIDS in Portugal. **Revista Saúde Pública**. 47 : 5 (October 2013) 865-872.

PETTICREW, M.; ROBERTS, H. – Systematic reviews in the social sciences: a practical guide. Oxford: Blackwell Publishing, 2006.

PORTARIA nº 22/2016. D. R. Iª série. 28 (10.02.16) 436-441.

PORTARIA nº 248/2013. D. R. Iª série. 149 (05.08.13) 4624-4627.

PORTARIA nº 258/2005. D.R. Iª Série-B. 53 (05.03.16) 2343-2345.

PORTUGAL. INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE. CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida: Situação em Portugal em 31 de Dezembro de 1985. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde, 1986.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Rede Nacional Hospitalar de Referência para a Infecção por VIH (RNHR VIH). Lisboa: Ministério da Saúde, 2015.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Acordo Modificativo do Contrato-Programa. Lisboa: Ministério da Saúde, 2010a.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Circular Normativa Nº 33/2012/CD: Condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde realizadas aos beneficiários do SNS, subsistemas públicos da ADSE, SAD da GNR e PSP e ADM das Forças Armadas que devam ser cobradas pelas Unidades de Saúde ao abrigo do Contrato-Programa – Acordo Modificativo de 2012. Lisboa: Ministério da Saúde, 2012a.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Contrato-Programa 2008 – Preços e Convergência, Fixação de objetivos. Lisboa: Ministério da Saúde, 2007.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Contrato-Programa 2009 – Preços e Convergência, Fixação de objetivos. Lisboa: Ministério da Saúde, 2008.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Contrato-Programa 2011 – Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos. Lisboa: Ministério da Saúde, 2010b.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Contrato-Programa 2012 – Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos. Lisboa: Ministério da Saúde, 2012b.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Contrato-Programa 2013 – Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos. Lisboa: Ministério da Saúde, 2012c.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Contrato-Programa 2014 – Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos. Lisboa: Ministério da Saúde, 2013.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Contrato-Programa 2015 – Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos. Lisboa: Ministério da Saúde, 2014.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Termos de Referência para contratualização hospitalar no SNS - Contrato-Programa 2016. Lisboa: Ministério da Saúde, 2016.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS e SPMS – Circular Normativa Nº 1/2016/DPS/ACSS: Mapas de Acompanhamento dos doentes em tratamento da infeção VIH/SIDA – SI.VIDA. Lisboa: Ministério da Saúde, 2016.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COMISSÃO PARA A CONTRATUALIZAÇÃO EM SAÚDE – Contrato-Programa 2007 – Preços e Convergência, Fixação de objetivos. Lisboa: Ministério da Saúde, 2006.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS – Diretório de Informação em Saúde. SI.VIDA – Sistema de Informação para a Infeção VIH/SIDA (DGS). Caracterização geral da base de dados. [Em linha]. DGS, 2013. [Consult. 18 Set. 2016]. Disponível em: <http://dis.dgs.pt/2013/05/31/si-vida-sistema-de-informacao-para-a-infecao-vihsida-dgs/>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS. – Portugal: Infeção por VIH, SIDA e Tuberculose em números – 2015. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA, 2015.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção por VIH/SIDA 2012-2016. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2012.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS – Recomendações Portuguesas para o tratamento da infeção por VIH-1 e VIH-2 2016 Versão 1.0. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2016.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INFARMED – Monitorização Mensal do Consumo de Medicamentos em Meio Hospitalar – Janeiro-Dezembro 2015. [Em linha]. Infarmed, I.P., 2015. [Consult. 2 Set. 2016]. Disponível em: [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO\\_DO\\_MERCA\\_DO/OBSERVATORIO/ANALISE\\_MENSAL\\_MERCADO/MEDICAMENTOS\\_AMBULAT\\_ORIO\\_2/2015](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCA_DO/OBSERVATORIO/ANALISE_MENSAL_MERCADO/MEDICAMENTOS_AMBULAT_ORIO_2/2015)

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSA (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge) – Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2015. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, 2016.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SPMS – Ponto de Situação. Adoção do Sistema de Informação SI.VIDA. Lisboa: Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E., 2015.

REBEIRO, P. [et al.] – Geographic Variations in Retention in Care among HIV-Infected Adults in the United States. **PLoS ONE**. 11 : 1 (January 2016) doi: 10.1371/journal.pone.0146119.

REBEIRO, P. [et al.] – Laboratory Measures as Proxies for Primary Care Encounters: Implications for Quantifying Clinical Retention Among HIV-Infected Adults in North America. **American Journal of Epidemiology**. 182 : 11 (December 2015) 952-960.

REBEIRO, P. [et al.] – Retention Among North American HIV-Infected Persons in Clinical Care, 2000-2008. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**. 62 : 3 (March 2013) 356-362.

REVELES, K. [et al.] – Comparative Value of Four Measures of Retention in Expert Care in Predicting Clinical Outcomes and Health Care Utilization in HIV Patients. **PLoS ONE**. 10 : 3 (March 2015) doi: 10.1371/journal.pone.0120953.

RICE, B. [et al.] – Loss to Follow-Up Among Adults Attending Human Immunodeficiency Virus Services in England, Wales, and Northern Ireland. **Sexually Transmitted Diseases**. 38 : 8 (August 2011) 685-690.

ROBBINS, R. [et al.] – Optimizing ART Adherence: Update for HIV Treatment and Prevention. **Current HIV/AIDS Reports**. 11 : 4 (December 2014) 423–433.

ROBERTSON, M. [et al.] – Linkage and retention in care and the time to HIV viral suppression and viral rebound - New York City. **AIDS Care**. 27 :2 (2015) 260-267.

ROSEN, S.; FOX, M. – Retention in HIV Care between Testing and Treatment in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. **PLoS Medicine**. 8 : 7 (July 2011) doi: 10.1371/journal.pmed.1001056.

ROWAN, S. [et al.] – Engagement-in-Care During the First 5 Years After HIV Diagnosis: Data from a Cohort of Newly HIV-Diagnosed Individuals in a Large US City. **AIDS Patient Care and STDs**. 28 : 9 (2014) 475-482.

SHADE, S. [et al.] – Health information technology interventions enhance care completion, engagement in HIV care and treatment, and viral suppression among HIV-infected patients in publicly funded settings. **Journal of the American Medical Informatics Association**. 22 : e1 (April 2015) e104–e111.

SHRESTHA, R. [et al.] – Estimating the cost of increasing retention in care for HIV-infected patients: results of the CDC/HRSA retention in care trial. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**. 68 : 3 (March 2015) 345-350.

SIEGEL, K.; LEKAS, H. – AIDS as a chronic illness: psychosocial implications. **AIDS**. 16 : Suppl 4 (2002) S69–S76.

SILVA, D. [et al.] – Retention in Early Care at an HIV Outpatient Clinic in Rio de Janeiro, Brazil, 2000-2013. **AIDS and Behavior**. 20 : 5 (May 2016) 1039-1048.

SKINGSLEY, A. [et al.] – HIV in the UK: Situation Report 2015: data to end 2014. London: Public Health England, 2015.

SPRAGUE, C.; SIMON, S. – Understanding HIV care delays in the US South and the role of the social-level in HIV care engagement/retention: a qualitative study. **International Journal for Equity in Health**. 13 : 28 (April 2014) doi: 10.1186/1475-9276-13-28.

SUPERVIE, V. [et al.] – The undiagnosed HIV epidemic in France and its implications for HIV screening strategies. **AIDS**. 28 : 12 (July 2014) 1797–1804.

SUTTON, S. ; MAGAGNOLI, J. ; HARDIN, J. – Impact of Pill Burden on Adherence, Risk of Hospitalization, and Viral Suppression in Patients with HIV Infection and AIDS Receiving Highly Active Antiretroviral Therapy. **Pharmacotherapy**. 36 : 4 (April 2016) 385-401.

SWENDEMAN, D.; INGRAM, B.; ROTHERAM-BORUS, M. – Common elements in self-management of HIV and other chronic illnesses: an integrative framework. **AIDS Care**. 21 : 10 (October 2009) 1321–1334.

TEDALDI, E. [et al.] – Retention in Care within 1 year of Initial HIV Care Visit in a Multisite US Cohort: Who's in and Who's Out? **Journal of the International Association of Providers of AIDS Care**. 13 : 3 (May-June 2014) 232-241.

THE KIRBY INSTITUTE – HIV, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia. Annual Surveillance Report 2015. Sydney: The Kirby Institute, 2015.

THIERFELDER, C. [et al.] – Participation, characteristics and retention rates of HIV-positive immigrants in the Swiss HIV Cohort Study. **HIV Medicine**. 13 : 2 (February 2012) 118-126.

THOMSON, K. [et al.] – Tenofovir-based oral preexposure prophylaxis prevents HIV infection among women. **Current Opinion HIV/AIDS**. 11 : 1 (January 2016) 18-26.

TU, D. [et al.] – Adoption of the chronic care model to improve HIV care: in a marginalized, largely aboriginal population. **Canadian Family Physician**. 59 : 6 (June 2013) 650-657.

ULETT, K. [et al.] – The Therapeutic Implications of Timely Linkage and Early Retention in HIV Care. **AIDS Patient Care and STDs**. 23 : 1 (2009) 41-49.

UMAN, L. – Systematic Reviews and Meta-Analyses. **Journal of Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry**. 20 : 1 (February 2011) 57-59.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) – 90–90–90. An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS, 2014.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) – Get on the Fast-Track. The life-cycle approach to HIV. Finding solutions for everyone at every stage of life. Switzerland: UNAIDS, 2016.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) – Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Switzerland: UNAIDS, 2013.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) – How AIDS changed everything. MDG 6: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response. Switzerland: UNAIDS, 2015.

U.S.A. U.S. *DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES* – HIV/AIDS Care

Continuum. [Em linha]. U.S. Department of Health & Human Services, 2015. [Consult. 2 Set. 2016]. Disponível em: <https://www.aids.gov/federal-resources/policies/care-continuum/>

U.S.A. U.S. *DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES*. CDC (Centers for Disease Control and Prevention) – Diagnoses of HIV Infection in the United States and Dependent Areas, 2014. **HIV Surveillance Report**. 26 (November 2015) 1-123.

VAN BECKHOVEN, D. [et al.] – Good continuum of HIV care in Belgium despite weakness in retention and linkage to care among migrants. **BioMed Central Infectious Diseases**. 15 : 496 (November 2015) doi: 10.1186/s12879-015-1230-3.

VAN SIGHEM, A. [et al.] – Estimating HIV Incidence, Time to Diagnosis, and the Undiagnosed HIV Epidemic Using Routine Surveillance Data. **Epidemiology**. 26 : 5 (September 2015) 653-660.

VAN SIGHEM, A. [et al.] – Monitoring Report 2014. Monitoring of Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection in the Netherlands. Amsterdam: Stichting HIV Monitoring (SHM), 2014.

VIRGA, P. [et al.] – Electronic health information technology as a tool for improving quality of care and health outcomes for HIV/AIDS patients. **International Journal of Medical Informatics**. 81 : 10 (October 2012) e39-e45.

VISWANATHAN, S. [et al.] – Adherence and HIV RNA Suppression in the Current Era of Highly Active Antiretroviral Therapy. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**. 69 : 4 (August 2015) 493-498.

WAGNER, E. – Chronic Disease Management: What Will It Take To Improve Care for Chronic Illness? **Effective Clinical Practice**. 1 : 1 (August/September 1998) 2-4.

WALDROP-VALVERDE, D. [et al.] – Risk and Protective Factors for Retention in HIV Care. **AIDS and Behavior**. 18 : 8 (August 2014) 1483–1491.

WHO (World Health Organization) – Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. 2<sup>nd</sup> ed. Switzerland: WHO, 2016a.

WHO (World Health Organization) – Global Health Observatory (GHO) data. HIV/AIDS. [Em linha]. WHO, 2016b. [Consult. 11 Nov. 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/gho/hiv/en/>

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION) – Guidelines on HIV Self-Testing and Partner Notification. Supplement to Consolidated Guidelines on HIV Testing Services. France: WHO, 2016c.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION) – Global update on the health sector response to HIV, 2014. France: WHO, 2014.

WHO (World Health Organization) – HIV/AIDS Fact sheet. [Em linha]. WHO, 2016d. [Consult. 11 Nov. 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>

WILSON, D. [et al.] – The economics, financing and implementation of HIV treatment as prevention: What will it take to get there? **African Journal of AIDS Research**. 13 :

2 (2014) 109–119.

YEHIA, B. [et al.] – Barriers and facilitators to patient retention in HIV care. **BMC Infectious Diseases**. 15 : 246 (June 2015) doi: 10.1186/s12879-015-0990-0.

YEHIA, B. [et al.] – Comparing Different Measures of Retention in Outpatient HIV Care. **AIDS**. 26 : 9 (June 2012) 1131–1139.

# **ANEXOS**





### ANEXO A: Modelo do quadro de extração de dados

	Identificação do Estudo			Metodologia								Resultados				
	Autor	Ano de Publicação	País	Tipo de Estudo	Contexto do Estudo	Crítérios de Inclusão	Crítérios de Exclusão	Fonte de Dados	Duração do Acompanhamento	Definição das variáveis	Medição das variáveis	Amostra	% de Retenção	Fatores Positivos	Fatores Negativos	Fatores não Associados
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																

10																
11																
12																

### ANEXO B: Características identificadoras dos estudos analisados

	<b>Autores</b>	<b>Ano</b>	<b>País de Realização</b>	<b>Título</b>	<b>Local de Publicação</b>
<b>1</b>	Fleishman <i>et al.</i>	2012	EUA	Establishment, Retention, and Loss to Follow-up in Outpatient HIV Care	Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes
<b>2</b>	Rebeiro <i>et al.</i>	2013	EUA e Canadá	Retention Among North American HIV-Infected Persons in Clinical Care, 2000-2008	Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes
<b>3</b>	Althoff <i>et al.</i>	2013	EUA	Correlates of Retention in HIV Care after Release from Jail: Results from a Multi-Site Study	AIDS and Behavior
<b>4</b>	Thierfelder <i>et al.</i>	2012	Suíça	Participation, characteristics and retention rates of HIV-positive immigrants in the Swiss HIV Cohort Study	HIV Medicine
<b>5</b>	Tedaldi <i>et al.</i>	2014	EUA	Retention in Care within 1 year of Initial HIV Care Visit in a Multisite US Cohort: Who's in and Who's Out?	Journal of the International Association of Providers of AIDS Care
<b>6</b>	Nishijima <i>et al.</i>	2013	Tóquio, Japão	Illicit Drug Use is a Significant Risk Factor for Loss to Follow Up in Patients with HIV-1 Infection at a Large Urban HIV Clinic in Tokyo	PLOS ONE
<b>7</b>	Elopre <i>et al.</i>	2015	Alabama, EUA	The Role of Early HIV Status Disclosure in Retention in HIV Care	AIDS Patient Care and STDs
<b>8</b>	Lourenço <i>et al.</i>	2016	Colômbia Britânica, Canadá	Non-HIV-related health care utilization, demographic, clinical and laboratory factors associated with time to initial retention in HIV care among HIV-positive individuals linked to HIV care	HIV Medicine

<b>9</b>	Drainoni <i>et al.</i>	2015	Noroeste dos EUA	An Interrupted Continuum of Care? What are the Risk Factors and Comorbidities Related to Long-Term Engagement and Retention in HIV Care?	AIDS & Clinical Research
<b>10</b>	van Beckhoven <i>et al.</i>	2015	Bélgica	Good continuum of HIV care in Belgium despite weakness in retention and linkage to care among migrants	BioMed Central Infectious Diseases
<b>11</b>	Blank <i>et al.</i>	2015	EUA	Factors Associated with Retention and Viral Suppression Among a Cohort of HIV + Women of Color	AIDS Patient Care and STDs
<b>12</b>	Rice <i>et al.</i>	2011	Reino Unido	Loss to Follow-Up Among Adults Attending Human Immunodeficiency Virus Services in England, Wales, and Northern Ireland	Sexually Transmitted Diseases

### ANEXO C: Características metodológicas dos estudos analisados

	Metodologia							
	Tipo de Estudo	Contexto do Estudo	CrITÉrios de Inclusão	CrITÉrios de Exclusão	Fonte de dados	Duração do acompanhamento	Definição das variáveis	Medição das variáveis
Fleishman <i>et al.</i> (2012)	Coorte retrospectivo	12 clínicas da <i>HIV Research Network</i> (HIVRN)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecção por VIH</li> <li>• ≥ 18 anos</li> <li>• Ligação entre 2001 e 2008</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Início de acompanhamento antes de 2001</li> <li>• Receber cuidados para VIH noutras instituições</li> <li>• Ausência de dados</li> <li>• Transgéneros</li> <li>• Óbito antes de seis meses de acompanhamento</li> </ul>	Registos médicos	2001 a 2009 (entre dois a oito anos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retenção: ≥2 visitas separadas por ≥ 91 dias em 12 meses</li> <li>• LTFU: ≥12 meses desde último contacto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas clínicas</li> </ul>
Rebeiro <i>et al.</i> (2013)	Coorte retrospectivo	Estudos de coorte clínicos da <i>North American Cohort Collaboration on Research and Design</i> (NA-ACCORD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecção por VIH</li> <li>• ≥ 18 anos</li> <li>• Ligação prévia de 12 meses aos cuidados</li> <li>• ≥1 avaliação laboratorial entre 2000 e 2008</li> </ul>		Base de dados	2000 a 2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retenção: ≥ 2 análises laboratoriais separadas por ≥ 90 dias em 12 meses</li> <li>• Retenção incompleta: ausência de critério de retenção em ≥1 ano de acompanhamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação laboratorial (linfócitos T CD4<sup>+</sup> ou carga vírica)</li> </ul>

Althoff et al. (2013)	Coorte prospectivo	10 instituições que implementam a <i>Enhancing Linkages to HIV Primary Care and Services in Jail Setting Initiative</i> (EnhanceLink)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecção por VIH</li> <li>• ≥ 18 anos</li> <li>• Recentemente detidos (penas ≤ 1 ano ou a aguardar decisões judiciais)</li> <li>• Ligação entre janeiro de 2008 e março de 2011</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penas de prisão longas</li> <li>• Óbito</li> <li>• Deportação</li> <li>• Transferência para outra área</li> <li>• Libertações após 15 de junho de 2011</li> </ul>	Registos médicos	2008 a 2011 (seis meses)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retenção precoce: 1ª visita nos 0-90 dias após libertação</li> <li>• Retenção tardia: 1ª visita nos 91-180 dias após libertação</li> <li>• Retenção sustentada: 2 visitas, uma por cada 90 dias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação laboratorial (carga vírica)</li> </ul>
Thierfelder et al. (2012)	Coorte retrospectivo	Instituições públicas e privadas incluídas no <i>Swiss HIV Cohort Study</i> (SHCS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecção por VIH</li> <li>• ≥ 18 anos</li> <li>• Ligação ao estudo entre 1996 e 2008</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recusa de participação no estudo</li> </ul>	Base de dados	1996 a 2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LTFU: &gt; 12 meses desde a última visita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas</li> </ul>
Tedaldi et al. (2014)	Coorte retrospectivo	Oito clínicas incluídas no <i>ART-naïve HIV Outpatient Study</i> (HOPS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecção por VIH</li> <li>• TARc naïve</li> <li>• Ligação entre janeiro de 2000 e março de 2011</li> <li>• Estar vivo ≥ 90 dias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluídos em estudos experimentais antes da ligação</li> <li>• Óbito antes dos 90 dias após a ligação</li> </ul>	Registos médicos	2000 a 2012 (1º ano de acompanhamento)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retenção: ≥1 visita médica, 90 a 365 dias após a 1ª visita</li> <li>• Não retenção: não realização de 2ª visita &lt;365 dias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas médicas</li> </ul>

Nishijima <i>et al.</i> (2013)	Coorte prospectivo	Uma clínica de grandes dimensões (acompanha 15% de todos os casos do país)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecção por VIH-1</li> <li>• &gt; 17 anos</li> <li>• Ligação entre janeiro de 2005 e agosto de 2010</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhados previamente</li> <li>• Transferidos</li> <li>• Recusaram participação no estudo</li> </ul>	Entrevista estruturada e registos médicos	2005 a 2012 (Pelo menos 28 meses)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LTFU: &gt; 12 meses da última visita, sem ser transferido ou falecido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas</li> </ul>
Elopre <i>et al.</i> (2015)	Coorte retrospectivo	Clínica 1917 Clinic no âmbito do Projeto CONNECT ( <i>Client-Oriented New Patient Navigation to Encourage Connection to Treatment</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecção por VIH</li> <li>• Ligação entre janeiro de 2007 e abril de 2012</li> <li>• &gt; 19 anos</li> </ul>		Entrevista semi-estruturada e questionário iniciais, e registos médicos	2007 a 2013 (1º ano de acompanhamento)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retenção: não faltar a nenhum agendamento pelo menos durante 180 dias nos últimos 12 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas</li> </ul>
Lourenço <i>et al.</i> (2016)	Coorte retrospectivo	Base de dados da <i>British Columbia STOP HIV/AIDS</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecção por VIH</li> <li>• Ligação entre 2000 e 2010</li> <li>• ≥ 1 ano de follow-up</li> </ul>		Base de dados	2000 a 2011 (Pelo menos 12 meses)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retenção: ≥ 2 visitas/ análises / levantamento terapêutica separados por ≥ 90 dias em 12 meses.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas médicas, análise laboratorial ou levantamento terapêutico</li> </ul>
Drainoni <i>et al.</i> (2015)	Coorte retrospectivo	Clínica médica grande numa cidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecção por VIH</li> <li>• Ligação entre abril de 2007 e setembro de 2010</li> </ul>		Base de dados	24 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não retenção: ≥ 180 dias entre duas visitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas médicas</li> </ul>
Van Beckhoven <i>et al.</i> (2015)	Coorte retrospectivo	Dois sistemas de informação ( <i>Belgian AIDS Reference Laboratories</i> e <i>Belgian HIV Cohort study</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecção por VIH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Óbito durante o acompanhamento</li> </ul>	Base de dados	2010 - 2011 (12 meses)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retenção: proporção de doentes com ≥ 1 análise laboratorial em 2011, que estabeleceram ligação aos cuidados em 2010</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação laboratorial (carga viral e linfócitos T CD4+)</li> </ul>

Blank <i>et al.</i> (2015)	Coorte retrospectivo	Oito programas da iniciativa <i>Enhancing Access to and Retention in Quality HIV Care for Women of Color</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecção por VIH</li> <li>• Sexo Feminino</li> <li>• Etnia não caucasiana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dados médicos não disponíveis</li> <li>• Ligação aos cuidados &lt; 12 meses</li> </ul>	Base de dados	2009 a 2014 (1º ano de acompanhamento)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retenção: ≥2 visitas com ≥90 dias de diferença durante 12 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas</li> </ul>
Rice <i>et al.</i> (2011)	Coorte retrospectivo	<i>Survey of Prevalent HIV Infections Diagnosed (SOPHID)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecção por VIH</li> <li>• ≥ 15 anos</li> </ul>		Base de dados	1998 a 2007 (Último ano de acompanhamento)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LTFU: &gt; 12 meses da última visita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas</li> </ul>

LTFU – *loss to follow up*; VIH – vírus da imunodeficiência humana.



### ANEXO D: Descrição dos resultados dos estudos analisados

	Resultados				
	Amostra	% de Retenção	Fatores Positivos	Fatores Negativos	Fatores Não Associados
Fleishman <i>et al.</i> (2012)	22,984	<ul style="list-style-type: none"> <li>Retenção completa: 42,6% (68 a 75% por ano de acompanhamento)</li> <li>LTFU: 34,9%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mais Velhos (<math>\geq 30</math> anos) (<math>p &lt; 0,001</math>)</li> <li>HSH (<math>p &lt; 0,01</math>)</li> <li>Medicare (<math>p &lt; 0,01</math>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Etnia negra (<math>p &lt; 0,001</math>)</li> <li>T CD4<sup>+</sup> iniciais elevados (<math>p &lt; 0,001</math>)</li> <li>Sem supressão virológica (<math>p &lt; 0,05</math>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sexo</li> </ul>
Rebeiro <i>et al.</i> (2013)	61,438	<ul style="list-style-type: none"> <li>Retenção completa: 75%</li> <li>Retenção incompleta: 25%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mais velhos</li> <li>Sob TARc</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mais jovens</li> <li>Etnia negra</li> <li>UDI</li> <li>T CD4<sup>+</sup> iniciais elevados</li> <li>Sem TARc previamente</li> <li>Mais tempo de acompanhamento</li> <li>EUA vs. Canadá</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sexo</li> <li>Carga vírica</li> </ul>
Althoff <i>et al.</i> (2013)	867	<ul style="list-style-type: none"> <li>Retenção sustentada: 38%</li> <li>Retenção inicial: 19%</li> <li>Retenção tardia: 8%</li> <li>LTFU: 34%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sexo Masculino (<math>p &lt; 0,01</math>)</li> <li>Prestador prévio (<math>p = 0,02</math>)</li> <li>Receber outros serviços</li> <li>Consumo de heroína (<math>p = 0,04</math>)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Idade</li> <li>Etnia</li> <li>Escolaridade</li> <li>Carga vírica</li> <li>TARc</li> <li>Comorbilidades</li> <li>Saúde Mental</li> <li>Alojamento</li> <li>Relação</li> <li>Adição</li> <li>Seguro</li> <li>Reencarceramento</li> </ul>

Thierfelder <i>et al.</i> (2012)	7840	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LTFU: 20,9%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• T CD4<sup>+</sup> finais elevados (<math>\geq 200</math> células/<math>\mu</math>l)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor escolaridade (<math>p &lt; 0,05</math>)</li> <li>• UDI (<math>p &lt; 0,01</math>)</li> <li>• T CD4<sup>+</sup> iniciais elevados (<math>\geq 350</math> células/<math>\mu</math>l)</li> <li>• T CD4<sup>+</sup> continuados baixos</li> <li>• Homens de todas as regiões (<math>p &lt; 0,005</math>), exceto sudeste asiático e Ocidente Norte</li> <li>• Mulheres: África subsariana (<math>p &lt; 0,01</math>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade</li> <li>• TARc</li> </ul>
Tedaldi <i>et al.</i> (2014)	1441	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retenção: 85%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etnia caucasiana</li> <li>• HSH</li> <li>• Iniciar TARc (<math>p &lt; 0,001</math>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etnia não caucasiana (<math>p &lt; 0,001</math>)</li> <li>• UDI (<math>p &lt; 0,001</math>)</li> <li>• Valores laboratoriais iniciais desconhecidos (<math>p &lt; 0,001</math>)</li> <li>• Seguro público (<math>p &lt; 0,001</math>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade</li> <li>• Sexo</li> </ul>
Nishijima <i>et al.</i> (2013)	1208	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LTFU: 9,2%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mais velhos (<math>\geq 30</math> anos) (<math>p &lt; 0,001</math>)</li> <li>• TARc (<math>p &lt; 0,05</math>)</li> <li>• SIDA (<math>p &lt; 0,001</math>)</li> <li>• Seguro público (<math>p &lt; 0,001</math>)</li> <li>• Japonês (<math>p &lt; 0,05</math>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mais jovens</li> <li>• T CD4<sup>+</sup> iniciais elevados (<math>\geq 200</math> células/<math>\mu</math>L)</li> <li>• Carga vírica baixa (<math>p = 0,02</math>)</li> <li>• Adição (<math>p = 0,001</math>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo</li> <li>• Categoria de transmissão</li> <li>• VHC</li> <li>• Alojamento</li> <li>• A trabalhar</li> </ul>
Elopre <i>et al.</i> (2015)	508	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perda de acompanhamento: 34%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viver com pessoa significativa (<math>p &lt; 0,05</math>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro público (<math>p &lt; 0,05</math>)</li> <li>• Não revelação do diagnóstico (<math>p &lt; 0,05</math>)</li> <li>• Homens homossexuais (<math>p &lt; 0,01</math>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade</li> <li>• Etnia</li> <li>• Escolaridade</li> <li>• T CD4<sup>+</sup></li> <li>• Igreja</li> </ul>

Lourenço <i>et al.</i> (2016)	5231	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retenção: 90% (30% nos primeiros seis meses e 70% nos primeiros 12 meses)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo Masculino</li> <li>• Categoria de transmissão conhecida</li> <li>• TARc</li> <li>• Utilizar outros cuidados</li> <li>• Quantidade da utilização</li> <li>• SIDA</li> <li>• Residente urbano</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VHC desconhecido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade</li> <li>• Valores laboratoriais</li> </ul>
Drainoni <i>et al.</i> (2015)	485	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retenção completa: 27%</li> <li>• Retenção incompleta: 73%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carga vírica desconhecida (p=0,03)</li> <li>• T CD4+ desconhecida (p=0,01)</li> <li>• Doença psiquiátrica (p=0,05)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoria de transmissão desconhecida (p=0,01)</li> <li>• Sem abrigo (p=0,001)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade</li> <li>• Sexo</li> <li>• Etnia</li> <li>• TARc</li> <li>• Comorbilidades Médicas</li> <li>• SIDA</li> <li>• Hepatites</li> <li>• Adição</li> <li>• DST</li> </ul>
Van Beckhoven <i>et al.</i> (2015)	11669	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retenção: 92,2%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HSH (p&lt;0,05)</li> <li>• TARc (p&lt;0,05)</li> <li>• Diagnóstico &gt; 1 ano (p&lt;0,05)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo Feminino (p&lt;0,05)</li> <li>• UDI (p&lt;0,05)</li> <li>• Não Belgas (p&lt;0,05)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade</li> <li>• T CD4+ inicial</li> </ul>
Blank <i>et al.</i> (2015)	587	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retenção: 83%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ≥ 14 dias de baixa saúde mental por mês</li> <li>• Estar nos EUA há ≥ cinco anos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dúvida inicial sobre cuidados de saúde</li> <li>• Ter crianças &lt; 18 anos</li> <li>• Pensar que nada pode ajudar na doença</li> <li>• Estar Institucionalizada</li> </ul>	

Rice et al. (2011)	72.218	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retenção: 89,8%</li> <li>• LTFU: 4,9%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HSH (p&lt;0,05)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jovens (15-34 anos) (p&lt;0,05)</li> <li>• Sexo feminino (p&lt;0,05)</li> <li>• Etnia negra (p&lt;0,05)</li> <li>• Outra etnia (p&lt;0,05)</li> <li>• Heterossexual (p&lt;0,05)</li> <li>• Sem TARc (p&lt;0,05)</li> <li>• Diagnóstico recente (p&lt;0,05)</li> <li>• Infetados em África (p&lt;0,05)</li> <li>• Infecção na Europa (&lt;0,05)</li> </ul>	
--------------------	--------	---	---	--	--

DST – doenças sexualmente transmissíveis; EUA – Estados Unidos da América; HSH – homens que têm relações sexuais com homens; LTFU – *loss to follow up*; SIDA – síndrome da imunodeficiência adquirida; TARc – terapêutica antirretrovírica combinada; T CD4<sup>+</sup> - linfócitos T CD4<sup>+</sup>; UDI – utilizadores de drogas injetadas; VHC – vírus da Hepatite C.